ANALES

DE LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA.

TOMO XXV.—CUADERNO 1.º

30 DE MARZO DE 1905

MADRID.
EST. TIP. VIUDA É HIJOS DE M. TELLO,
IMPRESOR DE CÁMARA DE S. M.
C. de San Francisco, 4.
1905.

COMISIÓN DE PUBLICACIÓN.

Excmo. é Ilmo. Sr. D. Manuel Iglesias y Díaz, *Presidente*. (San Quintín, 10, principal, izquierda.)

Sr. D. Mariano Carretero y Muriel. (Torrecilla del Leal, 14, principal.)

Excmo. é Ilmo. Sr. D. Francisco de Cortejarena y Aldebó, *Secretario*. (Florín, 8, segundo.)

ANALES

DE LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

ANALES

DE LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

TOMO VIGÉSIMOQUINTO

MADRID
EST. TIP. VIUDA É HIJOS DE MANUEL TELLO
IMPRESOR DE CÁMARA DE S. M.
C. de San Francisco, 4
1905

COMISIÓN DE PUBLICACIÓN

Excmo. é Ilmo. Sr. Dr. D. Manuel Iglesias y Díaz, *Presidente.*

Sr. D. Mariano Carretero y Muriel.

Excmo. é Ilmo. Sr. Dr. D. Francisco de Cortejarena y Aldebó, *Secretario.*

DICTÁMENES DE SECCIONES Y COMISIONES

APROBADOS POR LA ACADEMIA

I

De la Sección de Higiene, respecto á una leche condensada y reconstituída.

Remitido á informe de esta Real Academia el expediente instruído por el Ayuntamiento de Madrid, acerca de la leche condensada y reconstituída después, que expende en esta Corte D. Timoteo Ceñal, la Sección de Higiene presenta el siguiente dictamen:

Figuran en el expediente los documentos siguientes:

Una instancia, con fecha de 1.° de Diciembre de 1903, presentada por D. Emilio Neira, presidente de la Asociación de vendedores de leche de esta Corte, en la que se pide al Ayuntamiento se hagan las averiguaciones necesarias para comprobar, si la leche expendida en forma de pasta, reúne las condiciones debidas, tanto nutritivas como higiénicas, que prescriben las Ordenanzas municipales.

Pasada á informe del Jefe del Laboratorio municipal, manifiesta éste que habiendo visitado el establecimiento situado en la calle de la Luna, núm. 24, donde se vende dicha leche, que preparan diluyendo en agua la condensada, es de opinión que esta industria se halla prohibida por el art. 280 de las vigentes Ordenanzas municipales.

El Concejal Inspector de los servicios de Higiene, Sr. Ortega Morejón, de conformidad con lo informado por el Laboratorio, propone que se prohiba la venta de dicha leche.

Aparece después una instancia de D. Timoteo Ceñal, con fecha de 5 de Febrero de 1904, en la que manifiesta que la le-

che expendida por él, no debe ser incluída en el art. 280 de las Ordenanzas, porque es un producto nuevo, desconocido en Madrid, cuando aquéllas se hicieron; que la leche condensada que venía y viene á Madrid del extranjero, y á la que se refería dicho artículo de las Ordenanzas, está adicionada de azúcar, y cocida. Añade que la leche que él expende procede de Asturias, preparada como la Milk Campany à Purdy, para los hospitales de Nueva York, y que conserva todos los caracteres, como lo prueba el certificado del Laboratorio químico municipal de Madrid, núm. 7.673, que presenta con acta notarial. Dice también que en los anuncios consigna que la leche procede de Asturias, donde se condensa, devolviéndola en Madrid el agua que perdió por la evaporación. Y por fin, dice que en el tiempo que lleva expendiendo la leche en Madrid, proveyendo á más de cuatrocientas familias, no ha producido la menor intoxicación, ni en la época de mayores calores.

Hay un acta notarial, en la que consta un certificado, número 7.673 del Laboratorio municipal, calificando de *buena* y con caracteres micrográficos normales una muestra de leche procedente del establecimiento de D. Timoteo Ceñal, preparada con la leche condensada, ante el Notario.

Otra acta notarial, en la que consta un certificado, número 7.781 del Laboratorio municipal, calificando de *descremada* y *aguada* otra muestra de leche procedente de la vaquería de la calle de la Luna, núm. 29, vista ordeñar, de las vacas allí estabuladas.

Dictamen del Concejal Sr. Díez Vicario, nombrado Ponente por la Comisión 3.ª del Ayuntamiento de Madrid, en el cual manifiesta que después de la visita girada á los establecimientos del Sr. Ceñal, y teniendo en cuenta los informes del Jefe del Laboratorio y del Concejal Inspector de Higiene, es de opinión que inmediatamente se cierren dichos establecimientos.

La Comisión 3.ª del Ayuntamiento acuerda primero la clausura, y en otra sesión propone, y así se hace, que el Jefe del Laboratorio amplíe su anterior informe, consignando el resultado de los estudios microscópicos, químicos y bacteriológicos sobre la leche que expende el Sr. Ceñal.

Informe extenso del Jefe del Laboratorio, Sr. Chicote, fundado en los de los Sres. Madrid Moreno y González Salas, Profesores del Laboratorio, y D. Francisco Castro, perito químico nombrado por el Sr. Cenal. En dicho informe se consigna que «la instalación de los referidos establecimientos no tiene condiciones, ni garantiza los intereses de la salud pública; que es empírico é induce á error el procedimiento que se emplea; que el estado emulsivo de la grasa en la leche elaborada no es tan perfecto como en la natural; que la pasta se encuentra alterada desde un principio; que la leche condensada contiene más micro-organismos que la natural, y que aun no existiendo bacterias patológicas, aquéllos pueden llegar á ser peligrosos; que la leche no está pasteurizada, ni las vasijas de origen esterilizadas; que la leche natural resiste sin alterarse doble tiempo que la condensada y diluída; que ésta se encuentra parcialmente desnaturalizada, y que no puede reemplazar á la leche natural.»

Después figuran en el expediente los informes detallados de los Dres. Castro, Madrid Moreno y González Salas, cuyo extracto no hacemos, por hallarse en las conclusiones que acaban de exponerse en el informe del Jefe del Laboratorio.

Por fin, se encuentra el acuerdo tomado por el Ayuntamiento en 15 de Julio de 1904, á propuesta de varios Concejales, y por mayoría de votos, que antes de tomar resolución sobre este asunto se oiga la opinión de la Academia de Medicina.

Resulta de lo expuesto, que el industrial Sr. Cenal ha estado durante mucho tiempo expendiendo la leche previamente evaporada en Asturias y reconstituída después en Madrid por adición de agua, sin obstáculo ni queja alguna, hasta que los vendedores de leche de Madrid hicieron su reclamación al Ayuntamiento.

Resulta asimismo de los detenidos análisis y reconocimientos practicados por el Laboratorio municipal (prescindiendo del primer certificado, de que la leche es *buena*), que el producto que expende el Sr. Cenal no puede reemplazar ni es igual á la leche natural, por hallarse modificada ésta, á causa de las manipulaciones á que se la somete.

También resulta que la leche reconstituída contiene un número extraordinario de bacterias, mucho más que la leche natural; pero aunque ninguna es patógena, han de contribuir á las alteraciones y fermentación que experimenta la leche, especialmente en los meses de calor, y ser esta la causa de que la leche reconstituída se altere más pronto que la natural. Por esta razón cree la Sección que el agua del Lozoya que se emplea en la reconstitución de la leche, y que de ordinario contiene muchas bacterias, debe esterilizarse por ebullición previa y filtración por bujías de porcelana. También deben esterilizarse y cerrarse herméticamente las vasijas, en que se conduzca la leche evaporada ó condensada.

De los informes del Laboratorio resulta, que la instalación de los establecimientos del Sr. Ceñal carece de condiciones higiénicas, debiendo, por tanto, exigirle que emplee material adecuado y locales á propósito, lo mismo en Madrid que en Asturias, de donde procede la leche.

Resulta, por fin, que el producto expendido por dicho señor Ceñal no contiene, según los análisis practicados, materias extrañas añadidas á la leche.

En su consecuencia, la Sección, inspirándose únicamente en los principios de Higiene, sin tener en cuenta intereses que puedan perjudicarse, propone lo siguiente:

1.° Que no debe permitirse la venta del producto de que se trata, con el nombre de leche natural, sino como lo que es, leche evaporada y reconstituída después.

2.° Que en los rótulos del establecimiento, en los anuncios, prospectos, etc., se haga constar claramente que es leche evaporada y reconstituída, de modo que conozca el que la adquiera su verdadera naturaleza.

3.° Que el agua empleada en la reconstitución sea de la más pura posible y esterilizada, é igualmente deben estar esterilizadas las vasijas en que se transporte la leche evaporada.

4.° Que el local y aparatos empleados en la reconstitución de la leche reúnan todas las condiciones higiénicas necesarias para verificar bien las operaciones, y del mismo modo han de reunirlas donde se practica la evaporación de la leche natural.

Tal es la opinión de la Sección que somete á la deliberación de la Academia.

Madrid, 15 de Diciembre de 1904.—*El Ponente*, Gabriel de la Puerta.

Aprobado por la Sección el día 22 de Diciembre de 1904.—*El Presidente*, G. Puerta.—*El Secretario*, Manuel de Tolosa Latour.

II

De la Sección de Higiene, sobre Ensanche de Gondomar.

La Sección ha examinado con el mayor detenimiento el proyecto de Ensanche de la Villa de Gondomar.

Desde luego se observa que adolece de la falta de varios documentos, que sería muy bueno tuviese, los unos de carácter legal y los otros de conveniencia.

Pero considerando que lo que sobran en nuestro país son trámites burocráticos y trabas para hacer bien, y que en cambio lo que hace falta es facilitar el que las poblaciones crezcan, se higienicen y reformen, juzga prudente esta Corporación no ser óbice, para que cuanto antes el pueblo de Gondomar esté facultado legalmente para realizar su ensanche, sin más restricciones que las que dimanan de las consideraciones que siguen.

Examinado el proyecto del ingeniero D. Ramón Pascual, proyecto que no reseña la Academia, porque estando ya descrito en los dictamenes de la Real Academia de Bellas Artes y del Consejo de Obras públicas, es completamente innecesario, obsérvase que se ha procurado tener en cuenta varias condiciones de Salubridad que debe tener el ensanche de una población de las condiciones de Gondomar.

Á pesar de esto, hay tres puntos que exigen alguna modificación. Tales son: el de la red de desagües, el de la latitud de las calles y el de la altura de las casas.

Respecto al primero, el autor no ha tenido en cuenta que hoy los adelantos, en materia Sanitaria, aconsejan que el desagüe se verifique por tuberías cilíndricas ú ovoidales de gres,

que vayan á parar á colectores, dispuestos éstos en forma ovoidal y aquéllas con arquetas en los cambios de dirección, y sifones en los puntos de desagüe de las casas y [illegible] entre éstas y dichas atarjeas.

Así que proyectar las alcantarillas como se proyectan, de sección rectangular, de 50 centímetros de base, por un metro de altura, cubiertas con losas ó tapas por [illegible], valdría tanto como convertir las calles en depósito de materias excrementicias y la población en un foco seguro donde las enfermedades diezmarían á sus habitantes, sería el absurdo más grande que pudiera cometerse; y no hablar de sifones en los puntos indicados, significaría prescindir del elemento más indispensable para la salubridad de la población.

Por consiguiente, para que el desagüe de [illegible] sea tal que haga de esta población un sitio saludable, además de la dotación de agua, que es de suponer tendrá ó se le procurará, debe establecerse un colector por las calles de Ángel [illegible] y Eduardo Iglesias, y atarjeas que vayan á desembocar en él.

En cuanto á la anchura de las calles hay que fijarse en lo que son 7 metros y medio, para que á simple vista se observe que andando el tiempo ha de resultar aquélla muy escasa, pues no hay que perder de vista que las poblaciones no se hacen sólo para el presente sino más para el porvenir, y que los vuelos que ha ido tomando G[illegible] hacen ver que su acrecentamiento ha de ser rápido é importante.

Es, pues, indispensable que el ancho de las calles guarde proporción con el futuro probable movimiento y con la altura de las casas, á fin de que el sol pueda ejercer su benéfica influencia en el interior de cuantas edificaciones se construyan.

Por no haber tenido esto en cuenta, por haber considerado una nimiedad y una exigencia infundada, el prevenir un ancho de calle relativamente amplio, es por lo que se ven tantos y tantos lugares poblados de casas, condenados fatal y necesariamente á no poder disfrutar de muchos, valiosísimos y admirables adelantos de la ciencia moderna. Hay que fijarse en que las poblaciones son para centenares de años y debe preverse todo lo que sea posible.

En cuanto al tercer punto ó sea la altura de las edificaciones, debe limitarse la altura de éstas en la línea de fachada á 12 metros y dejar libertad para que los propietarios establezcan el número de pisos que creyeran, no teniendo cada uno un mínimum de tres metros 60 centímetros en planta baja y no menos de tres metros los demás. Esta latitud no es arbitraria, sino proporcional á la de diez metros, considerando el tiempo que pueden recibir las casas los rayos solares, dada la altura de las edificaciones de enfrente.

Expuesto sucintamente lo que se refiere á los tres puntos, sólo restan algunas ligeras observaciones acerca de lo que se prescribe en el capítulo 7.° como especie de ordenanzas. En la 2.ª no se menciona la red de desagüe, y sobre esto, que es lo esencial, debe hacerse mención, pues es lo que importa más que nada.

En cuanto á la 4.ª que se refiere á si las zarpas de los muros de fachada han de tener más ó menos dimensión, es una pequeñez que á nada conduce fijarla.

Si es la 8.ª en la que se previene que las plantas de un piso entresuelo no podrá elevarse á más de metro y medio, es una limitación que no tiene razón de ser. También es un detalle que coarta una libertad que no es nociva, el obligar á que los tubos de bajada de agua vengan embebidos en las plantas bajas de las fachadas.

En la 11.ª se admite que pueda no existir la red de desagües y esto es precisamente lo primero, lo más importante, lo indispensable, que debe ejecutar antes que nada el Ayuntamiento, ya por sí previamente, ya en combinación con los propietarios conforme vayan construyendo; pero siempre de tal modo que no haya bajo ningún concepto casa alguna que pueda tener licencia de habitar mientras no desagüe á tubería ó colector que haga que antes de las veinticuatro horas toda agua y toda deyección desagüe en éste ó se traslade á gran distancia de la población.

En consecuencia de todo lo expuesto, la Sección entiende:

1.° Que merece plácemes el Ayuntamiento de Gondomar por sus excelentes propósitos de ensanche de la población y su previsión en llevarlo á cabo lo mejor posible.

2.ª Que debe establecer un colector de cemento armado por las calles de Angel Urzáiz y Eduardo Iglesias, de sección ovoidal, como se construyen en la industria, de una altura de un metro lo menos y la latitud correspondiente.

3.ª Que el resto de la red debe ser de tubería de gres de 15 ó 20 centímetros de diámetro interior, según los sitios, con arquetas en los puntos de cambio de dirección y otras arquetas delante de la fachada de cada casa a la que se dirija la tubería de gres de 15 centímetros de lado de cada casa y que toda la red esté provista de tubos de ventilación.

4.ª Que los retretes, sumideros de baños y fregaderos y cualquier otro punto de desagüe de las casas deben tener sifón para que no pueda pasar á la red general mas que líquidos é impidan el paso de gases del exterior al interior.

5.ª Que no se de licencia de habitar una casa sin que pueda desaguarse por el intermedio de lo que se previene en los artículos anteriores.

6.ª Que la latitud de las calles ó distancia entre las líneas de fachada sea de diez metros.

7.ª Que la altura de los edificios en la fachada no sea mayor de 12 metros, pudiendo establecer los pisos que se quiera, pero de modo que la altura de la planta baja no sea menor de 3,60 y la de los demás pisos de tres metros.

8.º Que en los proyectos de casas que presenten los propietarios se exprese aunque sea toscamente pero con claridad cómo van los desagües en todos sus detalles y que las piezas destinadas á retretes tengan luz y ventilación directa.

9.º Que se prescinda de lo que previene la disposición 4.ª y 8.ª del capítulo 7.º de la Memoria.

10. Que la disposición 11.ª del mismo capítulo se limite á prevenir que las aguas de las edificaciones no podrán verterse á la vía pública sino por el intermedio de canalones y tuberías que las lleven al suelo, de suerte que no perjudiquen ni molesten al transeunte.

Haciendo absolutamente obligatorias estas condiciones, entiende la Sección, que el ensanche de Goudomar debe aprobarse y podrá realizarse en condiciones que honren á la población

y la doten de las condiciones sanitarias que debe tener toda urbe de un país medianamente civilizado.

La Academia en su superior criterio, determinará lo que juzgue oportuno.

Madrid 31 de Enero de 1905.—*El Ponente,* MARCIAL TABOADA.

Aprobado por la Sección en la sesión del día 9 de Febrero de 1905.—*El Presidente,* G. PUERTA.—*El Secretario,* M. DE TOLOSA LATOUR.

III

De la Sección de Cirugía, en expediente por Accidente del trabajo.

Examinado por la Sección de Cirugía el expediente incoado en el Gobierno civil de Madrid con motivo del siniestro ocurrido al obrero Leandro Varela y González, en cumplimiento del art. 23 del Reglamento de 28 de Julio de 1900 para la aplicación de la ley de Accidentes del trabajo: y

Resultando que con fecha 28 de Abril de 1904 fué registrado en dicho Gobierno civil el accidente ocurrido en el mismo día al cantero Leandro Varela González, que trabajaba en una obra del Paseo de la Castellana, núm. 49, á las órdenes del maestro D. Manuel Sánchez, abonando este patrono al obrero lesionado el medio jornal desde dicha fecha hasta el 27 de Septiembre último, durante cuyo tiempo fué asistido en la Casa de Socorro del distrito de Buenavista por aquejar dolores motivados por rotura de fibras musculares en la mitad izquierda del dorso al querer trasladar y sostener una gran losa de granito que le obligó á practicar un esfuerzo muscular con el tronco en extensión, en vista de que la piedra, basculando en uno de los momentos, amenazaba caer sobre su cuerpo:

Resultando que en 26 de Septiembre último el Dr. D. Juan Aguado, por orden del patrono D. Manuel Sánchez, certifica haber asistido al obrero Leandro Varela desde el mes de Julio próximo pasado hasta el 21 de Septiembre, en que le dió el alta por no encontrar *ni afección ni lesión alguna* que le imposibilite

[illegible] que se hallaba [illegible] de la [illegible] [illegible] [illegible] la [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible].

Considerando que el mismo Profesor Dr. [illegible], en informe emitido en 17 de [illegible] último, después de describir la manera de ocurrir el accidente y de discutir el diagnóstico diferencial de [illegible] que en dicha región pueden dar lugar a los dolores de que el enfermo acusaba, describe a [illegible] los medios de que se valió para afirmarse en su primer juicio diagnóstico de [illegible], que luego confirmó en el examen practicado en [illegible] fecha de 17 de [illegible] [illegible] de [illegible] localizada en la región [illegible] y que, a su juicio, [illegible] por causa [illegible];

Considerando que, en [illegible] exposición firmada por el obrero [illegible] García González al señor [illegible] de la provincia, [illegible] un dictamen acerca de este [illegible] el Dr. D. Joaquín [illegible] y Ruiz, en el cual, y después de describir cómo ocurrió el accidente, detalla las condiciones en que encontró al enfermo a los cuarenta días de sufrida la lesión, y manifiesta: que los movimientos del brazo izquierdo, sobre todo hacia atrás, eran muy dolorosos, acusando a la presión una zona dolorosa que correspondía perfectamente a la masa muscular del trapecio, notando infiltración en el trayecto de las fibras de la porción inferior ascendente de dicho músculo; que el tacto profundo sobre el canal vertebral izquierdo y hacia las [illegible] vértebras dorsales, revelaba también otra infiltración dolorosa que parecía corresponder al músculo dorsal largo; que no había lesión ósea, como lo revelaba la radioscopia practicada, siendo bueno, por lo demás, el estado general de este individuo; y que en vista de estas observaciones, calificaba la lesión de *rotura fibrilar muscular, con miositis del trapecio y [illegible] del dorsal largo*, para cuya curación, y a instancia del patrono, ordenó que se le hicieran en su Instituto aplicaciones de amasamiento con vapor trementinado. Cuando llevaba 18 aplicaciones y el enfermo estaba bastante mejorado recibió aviso del patrono para que cesase en la asistencia, por haber confiado ésta

á otro Profesor, no habiendo vuelto á ver á Leandro Varela hasta el 18 de Octubre último, en cuya fecha se le presentó acompañado del señor Abogado de la Sociedad de Canteros para que dictaminase acerca del estado actual del padecimiento:

Resultando que en este nuevo reconocimiento encontró que los movimientos activos y pasivos han sido dolorosos, aunque no con la intensidad que en un principio y cuando era reciente el accidente, persistiendo la zona dolorosa á la presión en los mismos puntos, si bien más atenuada, el Dr. D. Joaquín Decref, en vista de sus observaciones, concluye que el obrero Leandro Varela no está curado aún de sus lesiones, y, por lo tanto, se halla imposibilitado para ejercer su penoso oficio de cantero durante algún tiempo, quizá por ser estas lesiones insidiosas y de curso lento:

Resultando que con fecha 25 de Octubre y dada la disparidad de criterio de los Profesores que han informado acerca del estado actual del obrero Leandro Varela, el señor Gobernador civil de la provincia ha remitido el asunto á esta Real Academia, la cual, para mejor cumplir su cometido, llamó al interesado, el cual ha sido examinado atentamente por los individuos de la Sección de Cirugía el día 24 de Noviembre, haciéndole ejecutar distintos movimientos con el brazo izquierdo y con la cabeza, ordenándole levantar pesos y comprobando la sensibilidad por diversos medios en la mitad izquierda del dorso, á la vez que pudieron apreciar numerosas y pequeñas costras de cauterizaciones punteadas recientes hechas con el termo-cauterio sobre la región escapular izquierda:

Considerando que en la actualidad no se advierte al tacto ninguna induración de cicatriz muscular en las zonas correspondientes á los músculos, trapecio y dorsal largo más que las producidas por las costras de los puntos cauterizados:

Considerando que el enfermo ejecuta todos los movimientos que se le ordenan con el brazo izquierdo y con la cabeza con la misma resistencia que opone á los pasivos á que los individuos de la Sección le obligaron en el examen, resistencia que ha parecido de exagerada timidez para el dolor, pero que, sin

embargo, le ha permitido realizarlos todos, como fué mantener el brazo izquierdo horizontal en extensión, plegarlo á lo largo del muslo, levantar un mueble de algún peso, hacer girar la cabeza á la derecha, etc.:

Considerando que el único dato hoy existente para juzgar del estado de este individuo es el dolor, aparte la respetable opinión de los Profesores que han intervenido en la asistencia del obrero Leandro Varela y los estigmas del tratramiento, dolor que, como fenómeno subjetivo, cada cual puede expresar como le place, sin que sea posible negar ni afirmar su existencia;

La Sección de Cirugía cree cumplir con su deber, sometiendo á la aprobación de la Academia las siguientes conclusiones:

1.ª El obrero Leandro Varela sufrió en 28 de Abril del año actual un accidente que pudo ocasionarle una miositis por rotura de fibras musculares del trapecio y dorsal largo.

2.ª En la actualidad no se observan señales de tales lesiones; y como el único fenómeno, al parecer, persistente es el dolor que aqueja el sujeto que motiva este informe, la Academia no puede asegurar que este individuo se encuentre imposibilitado para ejercer su oficio de cantero, siquiera parezca habilitado para otros trabajos que exigen menos esfuerzo.

El Presidente, Francisco de Cortejarena.—*El Ponente y Secretario,* Eugenio Gutiérrez.

IV

De la Sección de Cirugía, en otro expediente por Accidente del trabajo.

Por el Excmo. Sr. Gobernador civil se ha remitido á esta Real Academia el expediente instruído con motivo del siniestro ocurrido á Ramón Peral Gutiérrez, con el fin de cumplir lo preceptuado en el art. 23 del Reglamento de 28 de Julio de 1900, para la aplicación de la ley de Accidentes del trabajo, dado que en dicho expediente figuran dos certificaciones facultativas de reconocimiento, en las cuales no hay conformidad entre los Médicos firmantes de las mismas.

Del examen del expediente resulta: que el día 8 de Marzo Ramón Peral Gutiérrez, de oficio maquinista, limpiando la prensa de la fábrica, fué cogido por la misma, siendo curado en la Casa de Socorro, sucursal del distrito de Palacio, de una serie de heridas contusas por desgarradura de la mano izquierda.

En 24 de Junio el Médico de la Compañía de Seguros contra accidentes certifica que Ramón del Peral está apto para dedicarse á su trabajo habitual, con cuya declaración no se conforma dicho Ramón del Peral, en instancia que eleva al señor Gobernador civil, acompañada de un certificado del Médico de la Beneficencia municipal, D. José Soto, y en la cual dicho facultativo certifica que Ramón del Peral tiene «anquílosis completa de las articulaciones de la primera y segunda falanjes de los dedos medio, anular y meñique de la mano izquierda, cuyas lesiones le inutilizan por completo para su trabajo habitual, produciéndole una incapacidad parcial permanente.»

Por último, hay dos certificaciones que son las que han determinado la remisión de este expediente á esta Real Academia.

En la primera, los Médicos D. José Soto López, Jefe facultativo de la Casa de Socorro del distrito del Hospital, y D. Jesús Canseco Gutiérrez, Médico forense, después de un examen y un análisis detenido, formulan las dos conclusiones siguientes:

1.ª Que el obrero Ramón del Peral Gutiérrez está inútil para continuar desempeñando *su oficio;* y

2.ª Que los tratamientos que se le pudieran instituir para intentar restablecer la formación de flexibilidad de sus dedos, será lo más probable que, ni aun en largo plazo, pudieran dar resultado satisfactorio.

En cambio, en la segunda certificación, debida á los señores D. Antonio Jiménez y S. de Tejada y D. Jacinto Gutiérrez Prieto, Médicos de la Compañía general de seguros «Hispania,» después también de un detenido estudio, emiten el siguiente informe: «que al obrero maquinista Ramón del Peral le consideramos alta, curado y sin incapacidad que le impida para volver al trabajo.»

Ante tal disparidad de pareceres, creyó la Sección de Cirugía

que no podía dar informe sin examinar al recurrente Ramón del Peral, y así, habiéndolo manifestado á la Superioridad, que ordenó la comparecencia de dicho recurrente ante dicha Sección.

Hecho el examen por toda la Sección en pleno, el acuerdo fué éste: que los dedos medio y anular de la mano izquierda están en semiflexión, la segunda falange sobre la primera, debiendo permanecer por algún tiempo, sin que sea posible hacer ni la extensión forzada ni la flexión completa, ni voluntaria ni pasivamente; y en su consecuencia, la Sección opina que el recurrente Ramón del Peral está inútil para aquellos trabajos que exijan el empleo de la mano izquierda, si bien pudiera ser útil para los que sólo exijan el uso de la mano derecha, es decir, que las lesiones que sufre en dichos dedos le han producido una incapacidad permanente, si bien ésta sea condicional.

La Academia, en su superior criterio, resolverá lo que juzgue más conveniente.

Madrid, 11 de Enero de 1915.—El Ponente, José Ribera y Sans.

Aprobado por la Sección de Cirugía.

Madrid, 12 de Enero de 1915.—El Presidente, Francisco de Cortejarena.—El Secretario, Eugenio Gutiérrez.

V

De la Sección de Cirugía, referente á una Memoria sobre cirugía de la [illegible] al nombramiento de Académico Corresponsal.

Se ha recibido un expediente promovido por el Doctor en Medicina D. Joaquín Decref y Ruiz, que solicita ser nombrado Socio corresponsal de esta Real Academia. Acompaña á la solicitud un trabajo escrito con máquina, en conformidad á lo dispuesto en el art. 19 del Reglamento, y algunos folletos y discursos impresos sobre asuntos de la especialidad quirúrgica que cultiva.

El Ponente que suscribe ha leído detenidamente dicho trabajo, y tiene el honor de formular el siguiente dictamen:

El trabajo del Dr. Decref consiste en una Memoria escrita con máquina, en papel del tamaño diplomático, que se titula: *Estudio crítico acerca del procedimiento de curación de la luxación congênita de la cadera por el método incruento del Dr. Adolfo Lorenz,* de Viena.

Empieza este estudio crítico el Sr. Decref ensalzando el nuevo movimiento de opinión hacia la cirugía conservadora, refiriéndose más particularmente á los niños, para evitar la destrucción de elementos que están en plena evolución, que si pueden proporcionar triunfos por el momento, en época más avanzada de la vida han de observarse otras deformidades incorregibles, originadas por cicatrices dolorosas que hacen imposible, ó por lo menos muy difícil, la función de un miembro.

Esta es la principal base de la Escuela de Viena, representada por Adolfo Lorenz, iniciada antes en Italia por Paci. Lorenz modificó la operación cruenta de Hoffa, demostrando que era inútil y perjudicial sacrificar diez músculos, y pensó entonces en la reducción incruenta.

El estudio de la lesión le hizo ver que solamente algún músculo se oponía á la reducción, y se dedicó á averiguar qué músculos sufren acortamiento y cuáles alargamiento, y dedujo que los músculos paralelos al eje del fémur sufren un acortamiento, pero no un cambio de dirección, mientras que los que forman un ángulo con el mismo eje no sólo se modifican en sus dimensiones, sino que también cambian su dirección.

Se clasifican los músculos que toman parte en la dislocación en pelvi-trocanterianos, pelvi-femorales y pelvi-crurales, según los extremos de su inserción.

Se estudia después la dirección de los músculos con relación al eje del fémur desviado, la disposición de los fascículos musculares, sobre todo del psoas iliaco, por la mayor importancia de sus modificaciones y las alteraciones en la longitud de los grupos musculares.

Como consecuencia de estos trabajos, Lorenz sentó el hecho que los músculos pelvi-trocanterianos sufren un alargamien-

to con la luxación, y no podrán ser nunca obstáculo para la reducción.

Del grupo de músculos pelvi-femorales, sólo los adductores tienen verdadera importancia.

Respecto al tercer grupo, el pelvi-crural, son fácilmente distensibles en el sentido longitudinal, debido á su longitud y masa carnosa.

Otro problema son las alteraciones de la cabeza y el cuello del fémur y los de la cavidad cotiloidea; pero afortunadamente son muy pocos los casos en que la deformidad ósea pueda ser obstáculo á la curación, sobre todo en los primeros años de la vida.

Después de hacer el Dr. Decref la relación de las opiniones del Dr. Lorenz y los fundamentos del tratamiento incruento de la luxación coxo-femoral en los niños, según queda dicho en el pequeño resumen que antecede, entra ya en consideraciones prácticas acerca de dicho procedimiento incruento.

Antes, en la primera página de la Memoria, declara el señor Decref que hace años ha tenido la satisfacción de haber luchado contra la fiebre de hacer operaciones inútiles y perjudiciales en los niños.

Para comprobar lo expuesto por el Dr. Lorenz, ha examinado las preparaciones que este Profesor posee en Viena, y dice que en ellas se ve cómo la cabeza del fémur se desvía, no sólo hacia atrás y arriba, sino que se separa de la pared pelviana; muchos ó casi todos los fascículos musculares y músculos enteros, que por el mero hecho de la desviación hacia atrás y arriba se debían acortar, con este otro movimiento hacia afuera compensan su acortamiento producido por los anteriores, y algunos hasta se alargan á pesar de estar sus fibras en la dirección del eje del fémur.

Respecto del estudio de las superficies óseas articulares de la pelvis, dice que la cabeza del fémur, por lo general, no existe ó es rudimentaria; sus deformidades más frecuentes son de aplastamiento, y aunque no exista, una vez colocado el extremo del cuello en la cavidad cotiloidea rudimentaria, se verifica la evolución con arreglo á la ley de que la función hace al ór-

gano, y hoy, sobre todo con la radiografía, pueden verse casos extraordinarios.

No sucede lo mismo con el cuello, pues en aquellos casos en que por su acortamiento ó mala dirección, combinados con el aplastamiento de la cabeza, principalmente en la deformidad de la extremidad superior del fémur denominada en tope de tren, el problema de la contención se hace muy difícil aunque no imposible.

Dice el Sr. Decref que en los casos en que se ha encontrado con que la operación ha sido necesario repetirla dos ó tres veces, porque la contención no se verificaba en buenas condiciones y venía la reluxación, siempre obtuvo ventajas enormes de la disposición de los huesos, creyendo que una de las ventajas de la posición que adopta Lorenz para conseguir la contención, es que la mecánica se desarrolla de tal manera que conforma la extremidad del hueso.

Cita después un caso operado por él en que la radiografía, que se hizo antes de la operación, no dejaba apreciar que existiera nada de cabeza y apenas si se iniciaba el cuello. Fué operado, y los padres descuidaron las prescripciones necesarias, presentándose en su gabinete para quitar el vendaje á los nueve meses, en vez de á los seis que les había indicado, observando que la bota de alza y los restos de vendas escayoladas habían conservado la posición en flexión y relativa addución, á pesar de que existía una reluxación.

Por la radiografía nuevamente empleada descubrió que la extremidad del fémur se había conformado extraordinariamente, pues el cuello se había alargado, tenía mejor dirección y existía cabeza, lo cual suponía una gran ventaja para la nueva operación.

Se ocupa después de la cavidad cotiloidea, que es la que más obstáculos opone al problema de la contención, haciéndola imposible cuando presenta una eminencia erizada de crestas óseas, si bien esta complicación es patrimonio de edades avanzadas.

Sigue haciendo consideraciones acerca de la cavidad cotiloilea, que se va haciendo más profunda por el golpe de la extre-

midad del fémur y el nacimiento del tejido fibroso, sobre todo en el codillo supero-posterior, y habla también de la ventaja de esta nueva cavidad, sobre la que artificialmente formaba la operación de Hoffa con la presa de Doyen, pues así no se ha destruído ningún tejido.

También contribuyen á crear la cavidad el periostio, los cartílagos de conjunción y el hueso.

El Dr. Decref acompaña dos radiografías que demuestran que, en una enfermita operada por él, apenas se vislumbran, en la primera radiografía, antes de operarse, rudimentos de cavidad cotiloidea, y en la segunda, hecha un año después de operada, la evolución es notable, pues apenas se diferencia la articulación que fué siempre normal, de la otra. Añade que quizá á los dos ó tres años no se pueda asegurar si la luxación congénita ha existido.

Pasa á estudiar después las complicaciones y cita las que ocasionaba la operación de Hoffa.

También el procedimiento de Lorenz tiene sus complicaciones. La reluxación ha sido el caballo de batalla, y al ocuparse de ella habla de sus causas, empezando por el descuido de las familias, explicando su influencia.

También influye el tratamiento post-operatorio si no está hecho con las precauciones debidas.

La fractura del cuello del fémur durante las maniobras de reducción sólo se ha presentado en sujetos de trece años en adelante.

Durante la operación sólo hay las molestias del cloroformo y algún dolor contusivo que desaparece á las veinticuatro horas, lo cual influye en la buena voluntad de las familias para someterse á la operación.

Puede haber algunos síntomas nerviosos, crisis de dolores vivos y trastornos motores y sensitivos en la pierna y pie.

Como se ve, no hay ninguna complicación grave; y si hubiere que proceder á la reducción por la reluxación, hay mayores facilidades que en la primera operación.

El tratamiento post-operatorio es también muy importante, porque es preciso poner á los músculos en condiciones de des-

arrollo y educación que han perdido por el largo tiempo que permanecieron inactivos.

Se ha motejado al procedimiento de lujo de detalles; pero el Sr. Decref cree no puede ningún cirujano sentar semejante queja ante un procedimiento que resuelve un problema tan importante como el presente.

También consigna que las innumerables modificaciones que se han hecho al método de Lorenz son inútiles ó perjudiciales, y que lo más seguro es seguir la técnica exacta del cirujano de Viena.

La radiografía no sólo facilita el diagnóstico de esta deformidad y aporta bastantes datos acerca del estado de los elementos articulares para el pronóstico y tratamiento, sino que permite durante éste observar las modificaciones ventajosas obtenidas.

Dice, por último, el Sr. Decref, dirigiéndose á los que creen que esta deformidad no es frecuente en nuestro país, que recuerda el dicho de que los especialistas crean las enfermedades, habiendo en esto cierto fondo de verdad, porque si no las crean, las ven donde los otros no; añade que la vulgarmente llamada cojera de nacimiento hace mucho tiempo que la ha visto con relativa frecuencia, sobre todo cuando es unilateral, á menudo diagnosticada y tratada como coxalgia ó paralisis infantil.

Por el resumen hecho del escrito del Sr. Decref, se comprende que es un trabajo casi exclusivamente práctico acerca de un procedimiento quirúrgico nuevo, que tiende á generalizarse, siendo dicho señor quizás el primer propagador en nuestro país, revelándose sus conocimientos en la materia en las apreciaciones que hace de dicho método, no sólo bajo el punto de vista teórico, sino también como resultado de la observación propia en casos diferentes, y por haber puesto en ejecución el procedimiento del Dr. Lorenz, de Viena, haciendo además radiografías que van adjuntas á la Memoria, y de las cuales se ha servido, así para el diagnóstico de las lesiones en la luxación coxo-femoral congénita, como para comprobar las modificaciones post-operatorias por el empleo de dicho procedimiento.

Se trata, por lo tanto, de un trabajo científico, con la originalidad que en esta clase de estudios puede exigirse, en los jui-

cios acerca de métodos ó prácticas inventadas por otro Profesor, y está, por consiguiente, dentro de las prescripciones reglamentarias. Tiene además mérito suficiente, por la exposición clara y concisa de la doctrina científica, como es consiguiente en un Profesor que, como Decref, según es público y notorio, se ocupa en su práctica más especialmente del género de asuntos á que se refiere la Memoria que ha presentado, y varios otros trabajos del mismo género, que acompañan al que es objeto de este dictamen.

En su consecuencia, el Ponente que suscribe entiende que puede conferirse el título de Socio corresponsal al Dr. D. Joaquín Decref y Ruiz.

La Academia, sin embargo, resolverá, como siempre, lo más acertado.

Madrid, 27 de Enero de 1905.

Aprobado por la Sección.—*El Secretario*, EUGENIO GUTIÉRREZ.—*El Ponente*, FRANCISCO DE CORTEJARENA.

VI

De la primera Comisión de Medicina forense, en expediente sobre inutilidad de un soldado.

Con fecha 8 de Octubre próximo pasado se remite á esta Real Academia, por la Capitanía general del Norte, el expediente instruído al soldado del Regimiento de Infantería de N., N. N. N., á los efectos que determina el caso previsto en el artículo 32 del actual Reglamento para la declaración de las exenciones del servicio militar en el Ejército y en la Armada por causa de inutilidad física. La Comisión lo ha examinado con el debido detenimiento, y

Resultando que el mozo N. N. N., según consta en su filiación oficial—aunque en la certificación de su reconocimiento facultativo, practicado en Bilbao, se le nombra N. N. N.,—natural de....., provincia de N., fué reconocido por los señores D. N. N. N. y D. N. N., Médicos titulares de la misma,

nombrados por el Ayuntamiento de la citada villa de N., para el reconocimiento de los mozos del alistamiento de 1902, en el cual dicho mozo se hallaba comprendido por el cupo de....., provincia de N., declarándole útil para el servicio militar, por no resultar con defecto físico alguno que le eximiese del mismo, con arreglo á la ley, no alegando tampoco defecto el interesado en el acto del reconocimiento:

Resultando que en virtud de esta declaración, fué filiado y declarado soldado disponible, ingresando en Caja, con fecha 12 de Agosto de 1902, en la zona de reclutamiento de....., número N., en cuya situación estuvo un año, siete meses y tres días:

Resultando que en 4 de Marzo de 1904 fué baja en la Caja de la zona militar de....., por pase al Regimiento de Infantería de N.:

Resultando que en la revista de Abril de dicho año, y con fecha 4 del anterior Marzo, causó alta en la 1.ª compañía del primer Batallón del Regimiento de N., incorporándose al Cuerpo en la plaza de..... el día 6 de dicho mes, en servicio de guarnición é instrucción:

Resultando que siendo reconocido á su ingreso en filas, fué declarado presunto inútil, por padecer inflamación crónica de la conjuntiva palpebral por granulaciones tracomatosas y epífora consiguiente en el ojo derecho, rebelde á todo tratamiento, ingresando en su vista en el Hospital militar de N.:

Resultando que el 15 de Abril del mismo año, el Médico mayor, encargado de la clínica de comprobación en dicho Hospital, D. N. N., somete á la tramitación reglamentaria la propuesta de inutilidad para el servicio del soldado del Regimiento de N., N. N. N., por hallarse incluída la enfermedad que padece en el núm. 139, orden 2.ª, clase 3.ª del Cuadro de 1.º de Febrero de 1879, encontrando ajustada esta propuesta á las órdenes é instrucciones vigentes el Inspector de Sanidad Militar del Norte:

Resultando que examinada esta propuesta por la Comisión de consultas preparatorias, acordó incluirla en la propuesta general de inútiles de dicho mes, poniendo el V.º B.º á dicho acuerdo el Director del Hospital Militar de N.:

Resultando que constituído el Tribunal Médico-Militar de la plaza de....., presidido por el Excmo. Sr. General Gobernador, con asistencia del Director del Hospital Militar, fué reconocido y declarado inútil el soldado N. N. N., por padecer inflamación crónica de la conjuntiva palpebral, incluída en el número 139, orden 2.ª, clase 3.ª del Cuadro de exenciones de 1.º de Febrero de 1879:

Resultando, por lo tanto, disparidad manifiesta entre lo declarado por los facultativos en el acto del reconocimiento del mozo objeto de este expediente en la zona de reclutamiento de..... en 2 de Marzo de 1901, y la de inutilidad suscrita por los individuos del Tribunal Militar de..... en 28 de Abril de 1904, por padecer el dicho inflamación crónica de la conjuntiva, enfermedad comprendida en el núm. 139, orden 2.ª, clase 3.ª del Cuadro para la declaración de las exenciones del servicio militar en el Ejército y la Armada, caso previsto en el art. 32 del Reglamento para la declaración de exenciones de 23 de Diciembre de 1896, en que se dispone que en los casos de responsabilidad de los facultativos, señalados en el art. 31, por la exactitud y verdad de los hechos que certifiquen, así como por los juicios y deducciones que de ellos hagan, se oiga previamente sobre tales hechos á la Real Academia de Medicina en cuanto á los civiles, y á los militares la Junta consultiva de Guerra:

Considerando que desde la fecha del 2 de Marzo de 1902, en que fué declarado útil en el acto del reconocimiento por los señores D. N. N. N. y D. N. N., titulares de la villa de....., en cuya ocasión no alegó nada, no encontrando tampoco los Profesores encargados del reconocimiento de este mozo defecto físico alguno de los comprendidos en el Cuadro de exenciones hasta su declaración de inutilidad, el 28 de Abril de 1904, transcurrió el tiempo suficiente para el desarrollo de la inflamación crónica de la conjuntiva palpebral, comprendida en la clase 3.ª, orden 2.ª, núm. 146 del Cuadro de exenciones vigente, enfermedad por la cual fué declarado inútil con aquella fecha:

Considerando que el plazo de dos años cumplidos es suficiente en muchas ocasiones y por diversas causas para el desarrollo

de esta afección, que pudo no ofrecerse ostensible en el acto del reconocimiento primero y evolucionar luego paulatinamente hasta adquirir el completo desarrollo que ofreció cuando causó su inutilidad en 29 de Abril de 1904:

Considerando que esta clase de afecciones, las más de las veces de origen diatésico y constitucional, ofrecen alternativas y vicisitudes de exacerbación y remisión, hasta el punto de aparecer curadas, á no ser que el largo tiempo de las lesiones haya dejado indelebles huellas, caso que no consta en modo alguno en ninguna parte de este expediente, sin perjuicio de volver á reaparecer y reproducirse con insistente intensidad más de una vez, y rebeldes por demás á todo tratamiento indicado y racional, cediendo por algún tiempo, repetimos, para volver á reproducirse nuevamente:

Considerando que el mozo N. ó N. N. N. ó N.—pues con ambos nombres y apellidos consta en este expediente, y que nosotros aceptamos desde luego como él mismo, sin que abriguemos caso de error en la identidad de personas, por no ser de nuestra competencia,—en los dos años que sirvió pudo, sometiéndose á la acción de los agentes exteriores ó por distintas causas de origen externo ó interno, ofrecer causa abonada para el desarrollo de este padecimiento, ó su reaparición, si lo padecía de antiguo.

Considerando que aun cuando jamás lo hubiese padecido, pues nada consta acerca de este hecho en el expediente, podría durante este tiempo haber lugar á su evolución y desarrollo, sobre todo si en él existiesen, aunque quizá latentes, causas constitucionales ó diatésicas, tan abonadas para su determinación.

Considerando, en fin, que nada puede hallarse en el dictamen de los primeros facultativos que dé origen á error ó mala fe, sino que puede explicarse satisfactoriamente su disparidad con los segundos, sin que les alcance responsabilidad por su fallo pericial, según queda expuesto en los anteriores considerandos;

La Comisión entiende que no puede exigírseles á los facultativos D. N. N. N. y D. N. N. las responsabilidades que señalan los artículos 31 y 32 del Reglamento de exenciones vigente.

La Academia, en su alto criterio, acordará lo más justo y acertado.

Madrid, 16 de Enero de 1905.—MARCIAL TABOADA.

Aprobado por la Comisión.—*El Presidente,* MARIANO CARRETERO Y MURIEL.—*El Secretario,* A. F. CARO.

VII

De la tercera Comisión de Medicina forense, en causa por lesiones y resistencia.

El Juzgado de instrucción de....., á solicitud del señor Fiscal de la Audiencia provincial de....., y con motivo de la causa que se instruye en el mismo por el delito de *lesiones* y *resistencia* contra N. N. N. y N., se ha dirigido á la Audiencia con una comunicación y un testimonio, para que informe sobre los extremos siguientes:

1.°, si las contusiones inferidas á N. N. N. son bastantes para ocasionarle la tuberculosis pulmonar que padece; 2.°, si estima que dicha enfermedad es debida exclusivamente á la predisposición del paciente, y ajena por completo al traumatismo; 3.°, si, por el contrario, creen que, no obstante la predisposición que se decía tenía aquél al padecimiento, se ha desarrollado por los golpes recibidos, sin lo cual no hubiese ocurrido así, ó se hubiese retardado; 4.°, si es posible dictaminar, si las causas que le motivaron son internas ó externas, y, por lo tanto, cuáles lo sean en el presente caso; 5.°, si de haber estado sometido á un buen régimen y tratamiento desde que recibió los golpes, pudo evitarse el desarrollo de la tuberculosis; 6.°, si ésta es ya de carácter incurable, y si calculan el tiempo que, de ocurrir así, pusiera aquélla fin á su existencia; 7.°, todo aquello cuanto se ocurra, para determinar si aquel padecimiento ha sido motivado por traumatismo, no obstante la predisposición que en su caso tuviera el paciente: y

Resultando que los Médicos D. N. N. N. y D. N. N. N. declararon ante el Juzgado municipal de..... el 5 de Noviembre de 1902: que han reconocido y curado á N. N. N., el cual

tiene una herida contusa de medio centímetro, interesando el cuero cabelludo en el parietal derecho; herida incisa de dos centímetros, interesando la piel en la cara palmar del dedo grueso, mano derecha; contusiones en la espalda: dichas lesiones, de esencia leves, que curarán dentro del primer septenario con asistencia médica:

Resultando que el Médico Sr. N., el día 10 del referido mes y año, declaró: que las heridas que sufre N. N. N., la de la cabeza *sana*, la del dedo ha cicatrizado, y las de las espaldas próximas á su curación:

Resultando que los Médicos Sres. N. y N., declararon el 20 de Noviembre de 1902, ante el Juez municipal: que la lesión que sufrió N. N. N. se encuentra sana, sin deformidad ni molestia alguna:

Resultando que el Médico forense del partido, D. N. de N. N., en declaración prestada ante el Juzgado de instrucción, el 28 de Marzo de 1903, manifestó: que ha reconocido ante la presencia judicial al lesionado N. N. N., el cual se halla completamente sano de las heridas que sufrió en la cabeza y dedo pulgar de la mano derecha, pudiendo haber invertido en su curación de diez á veinte días; y que acusa un dolor grandísimo á la presión y movimiento sobre la escápula derecha y el brazo del mismo lado, presentando un aumento de volumen en la parte interna de la dicha región escapular, creyendo el declarante puede ser consecuencia de las contusiones que sufrió, y debiendo ser asistido facultativamente:

Resultando que los Médicos Sres. N. y N., en 4 de Abril del mismo año y ante el Juzgado municipal, dijeron: que N. N. N. fué curado de esencia el día 5 de Noviembre de 1902, dando la sanidad de la herida de la cabeza en 10 de igual mes, y la de la espalda y dedo en 20 de igual mes; que la falta de higiene y no tener tratamiento los primeros días de ser lesionado, ha variado el pronóstico; que el 20 de Noviembre estaba curado en el sentido médico-legal de la contusión de la espalda; que el dolor á la presión sobre la escápula derecha, brazo del mismo lado, y el aumento de volumen en dicha región, muy bien pudo ser consecuencia de las contusiones que sufrió; que

no es raro que un traumatismo desarrolle una inflamación lenta del pulmón, ocasionando una distrofia local del mismo, la que á su vez es el punto de partida de la diseminación de focos, y conducir, finalmente, á la tuberculosis, aunque una predisposición particular del individuo puede á veces dar lugar á esa marcha funesta de traumatismo:

Resultando que el Médico Sr. N., en declaración de 10 de Junio de 1903, declaró que el lesionado no se presentó á curación; afirmando lo mismo á los cinco días:

Resultando que el procesado, N. N. N., en la indagatoria, fecha 20 de Agosto de 1903, dijo: que nunca ha estado enfermo; que la tuberculosis pulmonar que padece, ha debido ser causada por los golpes que le dieron los agentes municipales; que aún continúa con dolores en el lado derecho de la espalda y brazo de igual lado, y continúa sin poder dedicarse al trabajo; que ha estado viviendo en....., y por conducto de su madre ha recibido píldoras y bebidas, que le eran prescritas por el facultativo Sr. N., y que por no haber estado en....., no se ha presentado en la Casa de Socorro:

Resultando que N. N. N. declaró ante el Juzgado municipal en 25 de Agosto de 1903: que hace once años que habita en el patio donde vive N. N. N., y nunca ha visto que éste estuviese enfermo, pues siempre ha estado muy grueso y colorado, y desde hace nueve meses viene padeciendo tuberculosis:

Resultando que la vecina, N. N. N., declaró en el mismo día: que hace seis años que vive en el patio de referencia, y conoce á N. N. N., al cual no le conoce esté enfermo más que desde hace un año, y antes ha gozado de buena salud:

Resultando que los Médicos D. N. N. y D. N. N. N., declararon en 28 de Octubre de 1903: que reconocido N. N. N., padece de tuberculosis pulmonar, imposibilitado para ir á....., á consecuencia de la fiebre, sudores y gran debilidad que padece:

Resultando que los seis Médicos, D. N. de N. N., D. N. N. y N., D. N. N. N., D. N. N., D. N. de N. y D. N. N., con fecha 8 de Abril del corriente año, declararon ante el Juzgado de instrucción: que el dolor á la presión y movimientos en la escápu-

la y brazo derecho han desaparecido en la actualidad, creyendo fueron consecuencia de las contusiones que sufrió; que la tuberculosis que en la actualidad padece, puede estar en estado latente muchos años antes de haber sufrido los golpes, á juzgar por el temperamento, constitución, género de vida, etc.; y que los citados golpes pudieron ser la causa ocasional que hiciese estallar la tuberculosis que hoy padece; y que lo mismo que fué en este caso el traumatismo la causa determinante del desarrollo de la enfermedad, pudo ser ésta un enfriamiento, una impresión moral, otra enfermedad anterior, que debilitando ó alterando un organismo predispuesto á tal enfermedad, como creen estaba el sujeto de que se trata, diera lugar á ella:

Resultando que los seis Médicos mencionados declararon ante el Juzgado de instrucción, en 9 de Septiembre de 1904: que la enfermedad que padece N. N. N. se denomina tuberculosis pulmonar en segundo grado, la cual no fué ocasionada exclusivamente por los golpes, sino por la predisposición ó incipiencia que á la misma tenía el lesionado; que el estado general del paciente ha mejorado en la actualidad, pudiéndose suponer que el padecimiento puede estacionarse, continuando indefinidamente, sin que por esto crean posible la curación, ni puedan precisar por esta razón la fecha en que terminará el padecimiento; que las causas de la enfermedad han sido de índole predisponente, ó sean internas, y que invirtió en curar de los dolores del hombro siete ú ocho meses; que antes de las lesiones y después, la vida que sigue el enfermo es la más abonada para el desarrollo de la tuberculosis; y que por todo lo expuesto, la tuberculosis que padece no es debida exclusivamente á los golpes, y sí á sus condiciones individuales predisponentes y á su género de vida:

Considerando que las *contusiones* en la *espalda*, que se infirieron á N. N. N. en 5 de Noviembre de 1902, no debieron tener gran significación, puesto que fueron calificadas de leves por los facultativos que le reconocieron y trataron, creyendo éstos que curarían dentro del primer septenario, con asistencia médica; declarando á los cinco días que estaba próxima la curación, y á los quince que la lesión se hallaba sana, sin defor-

midad ni molestia alguna; no constando que se observara en el lesionado disnea, hemoptisis ú otros fenómenos locales ó generales, propios de las contusiones graves de las paredes torácicas, y aun en algunos casos hasta de las leves:

Considerando que los traumatismos locales de las paredes torácicas, cuando no son continuos ó de cierta intensidad, apenas tienen influencia en el desarrollo y evolución de la tuberculosis, en cuya etiología figura el contagio, la herencia, los excesos é infracciones del régimen, las malas viviendas, la alimentación insuficiente, el aire confinado y viciado por diversos agentes, todas las causas debilitantes, las pasiones deprimentes, el alcoholismo, y, en una palabra, cuanto es contrario á los preceptos de la Higiene:

Considerando que la omisión de las debidas precauciones higiénicas y terapéuticas, unida á disposiciones orgánicas especiales, y aun á ciertas condiciones climatológicas y topográficas, pueden ocasionar, en casos como el de que se trata, fluxiones ó flegmasías crónicas de las paredes torácicas, de los pulmones ó de las pleuras, y aun favorecer el desarrollo de la tuberculosis, si al mismo tiempoa actúan causas abonadas para producir tal afecto constitucional é infeccioso:

Considerando que el plazo de más de cuatro meses, transcurrido desde el 20 de Noviembre de 1902, en que los facultativos declararon que N. N. se encontraba sano, sin deformidad ni molestia alguna, hasta el 28 de Marzo del año siguiente, en que se declara que dicho sujeto acusaba un dolor agudísimo á la presión y movimientos sobre la escápula y brazo derecho, con aumento de volumen en la parte interna de dicha región escapular, pudo ser suficiente para que N. N., que descuidaba su curación é higiene, se afectase de tuberculosis del aparato respiratorio, ejerciendo también influencia en tal resultado la circunstancia de vivir dicho sujeto en una región de la Península española, donde con más frecuencia que en ninguna se padece la tuberculosis:

Considerando que según se desprende de las declaraciones que constan en el testimonio, el lesionado es persona poco cuidadosa de su salud y de costumbres desarregladas, puesto que

en el mes de Junio de 1903 dejó de presentarse á la observación y curación de los facultativos, y los seis que declararon en 9 de Septiembre de 1904, dijeron que antes de las lesiones y después la *vida que seguía el enfermo es la más abonada para el desarrollo de la tuberculosis*; habiendo manifestado N. N., en 25 de Agosto de 1903, que el lesionado se hallaba enfermo desde hacía un año, ó sea tres meses antes del traumatismo que motiva estos autos:

Considerando que en el testimonio judicial existen datos tan contradictorios, como el de asegurar en 20 de Noviembre de 1902, que N. N. se hallaba curado sin deformidad ni molestia alguna; mientras que en 9 de Septiembre de 1904 se dice, que invirtió en curarse de los *dolores del hombro* de siete á ocho meses:

Considerando que la falta de precisión y de descripción de la mayoría de los datos facultativos; la omisión de las condiciones individuales y antecedentes de todo género del lesionado, así como del estado de su salud desde el 20 de Noviembre de 1902 á fines de Marzo de 1903, privan á la Academia de los elementos de juicio indispensables para contestar á ciertas preguntas del Ministerio Fiscal:

Y considerando, en fin, que del estudio reflexivo y sintético de los datos, bien deficientes por lo general, que constan en el testimonio, se adquiere un convencimiento muy probable de que las lesiones que se infirieron á N. N. en 5 de Noviembre de 1902, se hubieran curado en el plazo de quince á veinte días, en condiciones ordinarias de constitución orgánica del interesado y de sumisión á las prescripciones facultativas;

La Comisión informa en los siguientes términos á los extremos consultados:

Al 1.° Que las contusiones producidas á N. N. N., ó N. N., no son bastantes para ocasionarle la tuberculosis pulmonar que se dice padece.

Al 2.° Que la predisposición, por sí sola, no puede producir en ningún caso la tuberculosis, debiendo obrar, además, causas abonadas para su desarrollo; y que aunque no pueda afirmarse de un modo absoluto, que el traumatismo sea extraño

por completo á la génesis de la manifestación tuberculosa, su influencia en el caso presente ha debido ser muy probablemente escasa ó nula.

Al 3.° Que insistiendo en las precedentes afirmaciones, no es posible asegurar ni negar, por desconocerse los antecedentes y condiciones del lesionado, si de no haber recibido éste los golpes de que se trata, la tuberculosis no se hubiera desarrollado, ó se hubiera retardado.

Al 4.° Que no es posible dictaminar, si las causas que motivaron el desarrollo de la tuberculosis fueron internas ó externas, por falta de los elementos de juicio, indispensables para formar opinión en materia de suyo difícil y obscura.

Al 5.° Que puede afirmarse con muchas probabilidades de acierto, que de haber estado sometido el lesionado á un buen régimen y tratamiento desde que recibió los golpes, hubiera podido evitarse ó retrasarse el desarrollo de la tuberculosis.

Al 6.° Que la tuberculosis puede curarse en todos sus períodos, según ha enseñado la experiencia, y que las probabilidades de curación van disminuyendo á medida que avanza el padecimiento; no pudiendo emitirse opinión concreta en el caso de que se trata sin el reconocimiento y observación del enfermo.

Y al 7.° Que la tuberculosis en cuestión no ha debido ser determinada por el traumatismo, aun existiendo la predisposición; siendo forzoso para ello que hayan ejercido su acción morbosa agentes abonados, internos ó externos.

La Academia, sin embargo, resolverá, como siempre, lo más acertado.

Madrid, 7 de Enero de 1905.—*El Presidente y Ponente*, M. IGLESIAS.

Aprobado por la Comisión.—*El Secretario*, MANUEL DE TOLOSA LATOUR.

ESCRITOS LEÍDOS EN SESIONES LITERARIAS

DEL AÑO CORRIENTE

I

Movimiento de la población de España en 1901.—Nota del Sr. Iglesias.

Señores Académicos: Entre las obras que la Academia debe á la generosidad del Gobierno, de las Corporaciones ó de los autores, y que han de servir, no sólo para acrecentar el tesoro que constituye nuestra Biblioteca, sino para ilustrar problemas obscuros y difíciles, ó ensanchar la amplia esfera del saber de la Corporación, se halla la titulada, «Movimiento de la población de España en 1901,» que se ha dignado remitirnos el señor Director del Instituto Geográfico y Estadístico.

Sobre tan interesante trabajo, que, por su objeto, se halla plenamente dentro del Instituto de la Academia, he creído conveniente llamar la atención de ésta, á fin de que, estimándola en todo su valor, pueda estudiarse cual corresponde, haciendo la debida aplicación de los datos que contiene, así para la Higiene pública, como para la Sociología, la Patología y la Geografía Médica.

Consta la obra de dos tomos ó partes; refiérese especialmente á Matrimonios, Nacimientos y Defunciones; y en la Introducción se consigna la satisfactoria noticia de que, habiendo oscilado la mortalidad en España, de 1882 á 1894, entre 30 y 32 defunciones por 1.000, comenzó á descender en 1895, y ha bajado á 27,62 en el año de 1901.

Los *Matrimonios* celebrados en 1901 han sido 157.794, ó ea, 8,48 por 1.000 habitantes. La provincia en que el número ué mayor, es Avila, en la proporción de 9,90 por 1.000 habi-

tantes; ocurriendo lo contrario en Guipúzcoa, cuya cifra fué de 6,83. De las capitales de provincia, Pamplona figura con el número mayor de matrimonios, que es 10,35, y Guadalajara con el menor.

El número de matrimonios entre parientes estuvo representado por 1.764, ó sea, 1,12 por 100; de los cuales, 0,99 fué entre primos, y los restantes entre tío y sobrina ó sobrino y tía.

El número de *Nacimientos*, excluyendo los nacidos muertos, fué 650.649; cuya cifra, relacionada con la población, y sin contar la de nuestras dependencias del Norte de Africa, da una natalidad de 34,96 por 1.000 habitantes.

Asegura el Instituto Geográfico que existe una relación íntima entre el número de nacimientos y el de fallecidos, pues si aquél es grande, grande es también éste; que á España corresponde el tercer lugar en mortalidad, y el quinto en natalidad; y que el escaso crecimiento de la población en nuestro país se debe á una gran mortalidad, y á una natalidad no tan elevada como pudiera ser.

Cuenca, Ciudad Real, Segovia, Cáceres, Soria, Logroño, Jaén, Avila y Burgos son las provincias que tienen mayor natalidad, excediendo de 40 nacimientos por 10.000 habitantes.

Según el Instituto, puede asegurarse que no se inscriben en el Registro civil todos los nacimientos.

La natalidad de la población, excluídas las capitales, es de 36,03 por 1.000 habitantes, mayor que la relativa á la totalidad de la provincia, y mucho mayor también que la correspondiente al conjunto de aquéllos.

De los 660.469 alumbramientos, 654.739 son sencillos, 5.676 dobles, y 54 de tres ó más fetos.

Nacieron muertos, murieron al nacer ó antes de las veinticuatro horas de vida, 9.324 varones y 6.239 hembras.

El total de *Defunciones* en el año á que nos vamos refiriendo fué de 517.575, ó sea, 27,81 por 1.000. Los de las capitales de provincia, 95.631, ó sea, 39,97.

Jaén figura con 35,82 defunciones por 1.000 habitantes; Canarias con 19,16, y Guipúzcoa con 22,04.

Excluyendo á Canarias y á Baleares, la capital de mortali-

dad menor fué Pontevedra, á la que correspondió la cifra de 23,86.

La mortalidad media de las capitales estuvo representada por 30,97, cifra superior á la general de España en el mismo año, que, como hemos dicho ya, fué 27,81.

En la ciudad de Zamora la proporción de la mortalidad por 1.000, fué 51,45, y 27,12 en el resto de la provincia; y en Gerona, 40,03 y 24,51 respectivamente. Esto induce á creer, que en el último censo se omitieron habitantes en las capitales á que se refieren; acentuándose esta sospecha con respecto á las ciudades, cuyos coeficientes de natalidad y mortalidad son también notablemente elevados en relación con el coeficiente medio de España.

Por 100 defunciones, mueren en la totalidad de la nación 51,10 varones y 48,90 hembras; y en las capitales, 51,70 y 48,30 respectivamente.

Con el epígrafe, «Clasificación de las defunciones por edades,» se hace constar que en nuestro país es altísima la mortalidad en los primeros años de la vida. Los fallecidos de un año y menores de esa edad ascendieron á 120.957, poco menos de la cuarta parte del total, según se demuestra en un cuadro, que contiene la distribución de las defunciones en las diversas edades.

No es posible consignar directamente el coeficiente de mortalidad de cada una de las edades, por exigir este cálculo el conocimiento del número de habitantes de cada edad, cuyo dato suministrarán los trabajos relativos al Censo de 1900, que se están ultimando.

Hay cuadros ó estados que expresan la proporción con que se reparte la muerte entre las distintas edades.

La mortalidad infantil, de 0 días á 5 años, se elevó notablemente en algunas provincias y capitales, como Jaén, Córdoba, Badajoz, Granada y Valladolid; ofreciendo contrarios datos en las de Pontevedra, Baleares, Gerona, Barcelona y Lugo.

En cuanto á las capitales, las de mayor mortalidad infantil son, Zamora, Jaén, Canarias, Coruña y Almería; y las de menor, Logroño, Baleares, Pontevedra, Cádiz y Avila.

En la clasificación por causas, se sigue la nomenclatura aprobada por la Comisión Internacional reunida en París en Agosto de 1900 para revisar las nomenclaturas nosológicas, que se divide en 14 grupos y 179 rúbricas.

En el cuadro siguiente se presenta el tanto por 1.000 de defunciones ocasionadas en las provincias y capitales por las enfermedades, que figuran en cada uno de los 14 grupos en que la nomenclatura se divide:

		Provincias.	Capitales.
1.°	Enfermedades generales	249,52	280,44
2.°	Id. del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	146,95	158,72
3.°	Id. del aparato circulatorio	78,66	100,00
4.°	Id. del respiratorio	181,89	198,97
5.°	Id. del digestivo	173,76	140,09
6.°	Id. del génito-urinario	16,79	18,31
7.°	Estado puerperal	7,10	4,91
8.°	Enfermedades de la piel y del tejido celular	6,88	6,19
9.°	Id. de los órganos de la locomoción	21,55	15,83
10.°	Vicios de conformación	20,09	12,91
11.°	Primera infancia	8,42	5,66
12.°	Vejez	19,34	12,56
13.°	Afecciones producidas por causas exteriores	14,86	12,35
14.°	Enfermedades mal definidas	54,39	32,06

Las provincias que aparecen con mayor mortalidad, debida á enfermedades generales, son: Córdoba, Jaén, Palencia, Cáceres y Valladolid. Ofrecen la menor, Canarias, Huesca, Pontevedra, Castellón y Lérida. La mortalidad por estas enfermedades es generalmente mayor en las capitales que en las provincias. Zamora, Gerona, Palencia, Guadalajara y Cádiz son las capitales más castigadas; y Albacete, Huesca, Pontevedra, Logroño y Santa Cruz de Tenerife las más favorecidas.

En el grupo de *enfermedades generales* figuran algunas que merecen estudiarse separadamente, según se hace en el siguiente estado:

Fiebre tífica, 0,51 en las provincias y en las capitales; fiebre intermitente y caquexia palúdica, 0,21 en las provincias y 0,08 en las capitales; viruela, 0,28 en las provincias y 0,63 en las capitales; sarampión, 0,99 en las provincias y 0,98 en las capitales; escarlatina, 0,06 en las provincias y en las capitales; tos ferina, 0,20 en las provincias y 0,11 en las capitales; difteria y crup, 0,33 en las provincias y 0,22 en las capitales; gripe, 0,64 en las provincias y 0,60 en las capitales; infección purulenta, 0,08 en las provincias y 0,12 en las capitales; escrófula, 0,06 en las provincias y 0,05 en las capitales; sifilis, 0,03 en las provincias y 0,13 en las capitales; cáncer, 0,43 en las provincias y 0,68 en las capitales; alcoholismo, 0,02 en las provincias y en las capitales.

El sarampión ha sido la enfermedad que más defunciones ha ocasionado, lo mismo en las provincias que en las capitales. La fiebre intermitente produjo más defunciones en las provincias que en las capitales; y la viruela fué más mortífera en las capitales que en las provincias.

Es objeto de estudio especial la *tuberculosis*, por la gran mortandad que produce.

En la obra de que se trata, hay un cuadro en que se consignan los datos de las defunciones por esta causa, en las respectivas provincias y capitales y en el conjunto de los Ayuntamientos de cada provincia, descartada la población de la capital.

Las provincias que tuvieron la mortalidad máxima, comprendida entre los límites 4,04 y 2,32 defunciones por 1.000, fueron: Cádiz, 4,04; Sevilla, 3,61; Vizcaya, 3,18; Madrid, 3,17; Santander y Guipúzcoa, 2,94; Barcelona, 2,61; Málaga, 2,51; Coruña, 2,48; Valladolid, 2,37, y Oviedo, 2,35. El Instituto Geográfico y Estadístico dice: «En Cádiz, Santander y Coruña, y provincias limítrofes de éstas, Sevilla, Oviedo, Vizcaya y Guipúzcoa, quizá el índice de la mortalidad tuberculosa aparece tan alto por haber desembarcado en las tres primeras las tropas de Cuba y Filipinas.»

Las provincias de mortalidad menor fueron: Canarias, 1,18; Albacete, 1,25; Teruel, 1,27; Guadalajara, 1,28; Cuenca, 1,32;

Soria, 1,38; Huesca, 1,40; Lérida, 1,42; Ciudad Real y Murcia, 1,46.

La mortalidad por tuberculosis es mayor en las capitales que en las provincias. La capital más favorecida fué Murcia, que tuvo 1,35, y la cifra máxima correspondió á Cádiz, estando representada por 8,04; Palencia, 4,19; Coruña, 6,41; Sevilla, 5,81; Santander, 5,13; Oviedo, 5,9; San Sebastián, 4,60; León, 4,49; Bilbao, 24, y Pamplona, 4,15.

Hay una gran diferencia, respecto á la mortalidad de la tuberculosis, entre el conjunto de los pueblos de una provincia y su capital, figurando ésta en una proporción mucho mayor. En las capitales, la mortalidad fué de 3,61, y en las demás poblaciones de la provincia, 1,71. En algunas provincias se acentuó notablemente esta diferencia: en Cádiz y Sevilla, capitales, indican la mortalidad que ocasionó la tuberculosis las cifras 8,04 y 5,81 respectivamente; y en el resto de cada una de esas provincias se marca por 3,32 y 2,80.

Es muy notable, y merece consultarse, el *mapa* que contiene la distribución de la tuberculosis en las provincias de España. Se hallan comprendidas en la zona máxima, de 2,32 á 4,04, las provincias de Cádiz, con 4.04; Sevilla, 2,61; Vizcaya, 3,18; Madrid, 3,17; Santander y Guipúzcoa, 2,94; Barcelona, 2,61; Málaga, 2,51; Coruña, 2,46; Valladolid, 2,37; y Oviedo, 2,35. —En la zona media, de 1,76 á 2,31, se hallan, Palencia, 2,28; Zaragoza, 2,26; Huelva, 2,09; Alava y Baleares, 2,04; Córdoba, 1,91; Almería, 1,87; Cáceres, 1,84; Segovia, 1,81; y Orense, 1,80.—Las demás provincias corresponden á la zona mínima, de 1,18 á 1,75.—Canarias figura con 1,18.

También ofrece verdadero interés un diagrama, que contiene las defunciones por 1.000 habitantes en las capitales de provincia, á consecuencia de la tuberculosis.—Figuran dichas capitales, de mayor á menor, en la siguiente escala: Cádiz, Coruña, Sevilla, Santander, Oviedo, Palencia, Guipúzcoa, León, Vizcaya, Navarra, Zamora, Málaga, Orense, Huelva, Valladolid, Almería, Salamanca, Córdoba, Madrid, Zaragoza, Cáceres, Barcelona, Segovia, Burgos, Granada, Lérida, Teruel, Lugo, Alava, Toledo, Soria, Huesca, Avila, Baleares, Logroño, Ta-

rragona, Pontevedra, Alicante, Badajoz, Canarias, Valencia, Jaén, Gerona, Ciudad Real, Guadalajara, Castellón, Albacete, Cuenca y Murcia.

En otro diagrama, que se refiere á la tuberculosis en las provincias, restada la población de las capitales, tales provincias, en punto á defunciones por 1.000 habitantes, se hallan colocadas en la siguiente escala de mayor á menor: Cádiz, Sevilla, Vizcaya, Guipúzcoa, Santander, Coruña, Oviedo, Madrid, Palencia, Málaga, Huelva, Valladolid, Baleares, Zaragoza, Cáceres, Orense, Gerona, Barcelona, Segovia, Córdoba, Alava, Pontevedra, Lugo, Avila, Almería, Burgos, Badajoz, Zamora, Jaén, Valencia, Murcia, León, Toledo, Alicante, Salamanca, Logroño, Castellón, Tarragona, Navarra, Granada, Ciudad Real, Huesca, Soria, Cuenca, Lérida, Guadalajara, Albacete, Teruel y Canarias.

Merecen consultarse en los dos tomos de la obra en cuestión los numerosos Cuadros ó Estados generales que contienen, referentes á los siguientes asuntos:

Nacimientos.—Total por provincias.—Provincias por meses.—Total por meses.—Capitales por meses.—Ayuntamientos mayores de 10.000 habitantes por meses.

Matrimonios.—Total por provincias.—Provincias por meses.—Total por meses.—Capitales por meses.—Ayuntamientos mayores de 10.000 habitantes por provincias.

Defunciones.—Total por provincias.—Provincias por meses.—Total por meses.—Capitales por meses.—Ayuntamientos mayores de 10.000 habitantes por meses.

Defunciones clasificadas por edades.—Provincias.—Total de la nación.—Capitales de provincia.—Total de las capitales.

Defunciones clasificadas por causas.—Provincias.—Total de la nación.—Capitales de provincia.—Total de las capitales.

Desprèndese del precedente extracto, bien ligero, por cierto, que la obra, *Movimiento de la población de España en el año de* 1901, contiene interesantes datos sobre matrimonios, nacimientos y defunciones, que la Academia no puede mirar con

indiferencia, porque son de utilísima aplicación para diversos fines de nuestro instituto.

Sin que yo tenga la pretensión de valorar con justo criterio labor tan difícil como fructífera, porque esto lo dejo á la apreciación de los señores Académicos, me permitiré algunas observaciones en apoyo de mis modestos juicios.

Se puede asegurar, dice el Instituto Geográfico y Estadístico, *que no se inscriben en el Registro civil todos los nacimientos;* y ésta es una deficiencia muy lamentable, que hace temer otras análogas, pudiendo llevar la duda y la desconfianza á estos trabajos estadísticos, tan necesarios para la sociología, para el gobierno de los pueblos, para la Higiene y para la Medicina.

Muy grata ha de ser para la Academia la noticia oficial, de que en el año de 1901 la mortalidad en España ha descendido á 27,62 por 1.000 habitantes, cuando en el largo período de 1882 á 1894 era de 30 á 32.

Llama la atención la gran mortalidad de la ciudad de Zamora, representada por la cifra de 51,45, cuando en el resto de la provincia es da 27,12; sucediendo cosa análoga con la de Gerona, que da 40,03, y 24,51 como mortalidad de la capital y de la provincia. Esto hace creer al Instituto Geográfico y Estadístico, que en el último Censo se omitieron habitantes en ciertas capitales.

Por desgracia, sigue siendo aterradora la mortalidad en los niños, llegando casi á la cuarta parte del total, la de los de un año y menores de esta edad. En algunas provincias, como Jaén, Córdoba, Badajoz y otras se elevó notablemente la mortalidad de los niños, de cero días á cinco años; disminuyendo notablemente en Pontevedra, Baleares y dos provincias de Cataluña.

Estudiados los datos referentes á las enfermedades que han producido las defunciones, se ve que las *enfermedades generales* han sido las más mortíferas, siguiendo las del aparato respiratorio, digestivo, del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos y aparato circulatorio.

El *Sarampión* ha sido la enfermedad general que ha ocasionado mayor número de defunciones, así en las capitales como en el resto de la provincia; sigue la gripe, las fiebres tíficas,

tan frecuentes en las capitales como en los pueblos; la viruela, que ha hecho más víctimas en las capitales que en los pueblos; la difteria y el crup, más mortífera en los pueblos que en las capitales; la tos ferina, la infección purulenta, la escrófula y el alcoholismo. El terrible cáncer figura en las capitales con la cifra de 0,68, y en las provincias con la de 0,43.

La *Tuberculosis* es objeto de estudio especial en la obra que examinamos, por la gran mortalidad que produce; y son muy interesantes los datos que á dicho padecimiento se refieren. Cádiz, Sevilla y Vizcaya son las provincias más castigadas; y el Instituto Geográfico y Estadístico lo atribuye al desembarco de las tropas de Cuba y Filipinas. Pero si se reflexiona que la repatriación de nuestro ejército, desde las que fueron nuestras Colonias, se verificó á fines de 1898 y á principios de 1899, y que la estadística en cuestión corresponde al año de 1901, no podrá ménos de encontrar fundados reparos tal opinión; debiendo existir otras causas que favorezcan el desarrollo de la tuberculosis en dichas provincias.

Los datos que contiene la obra de que damos cuenta, son, además, elocuente testimonio de la frecuencia de la tuberculosis en nuestra Península; de que no hay localidades que se hallen libres de la enfermedad, sea cual sea su *altitud;* y de que la densidad de la población aumenta su frecuencia, observándose muchos más enfermos y más muertos en las capitales que en los pueblos, según se observa en todos los países.

Los Poderes públicos están en el caso de organizar estudios é investigaciones, de carácter y fines prácticos, acerca de las causas que favorecen el desarrollo de la Tuberculosis en nuestro país, con el fin de disminuir, cuando menos, sus estragos; redoblando el celo y la eficacia de sus medidas en las provincias y capitales que, como Cádiz, Sevilla, Coruña, Oviedo, Vizcaya y Guipúzcoa, se hallan tan castigadas por uno de los mayores azotes de la humanidad.

Terminaré dando expresivas gracias á los señores Académicos, por la benevolencia con que se han servido escuchar mi modesta Nota.

II

La Higiene y las Enfermedades.—Comunicación del Sr. Sánchez y Rubio.

La pregunta obligada de todos los enfermos, al pedir á su médico el consejo que necesitan para verse libres de sus padecimientos, se refiere á lo que deberán *hacer* para curarse; nunca ó casi nunca á lo que deberán *no hacer*. ¿Y qué puede significar esto, si no es la ninguna disposición del mayor número para renunciar á sus costumbres y apetitos, por malsanos que sean, y el equivocado concepto que del alcance de la Medicina tiene la generalidad? Imaginan, sin duda, que el mérito de nuestra Ciencia deberá consistir nada menos que en la facultad de anular el Código penal de la Naturaleza; logrando la impunidad para las faltas sostenidas impenitentemente contra las prescripciones de ésta. ¿Es concebible la posibilidad de que tal desatino se realice, por más que así lo quisieran el lujurioso, el glotón ó el borrachín, una vez que media y se opone á ello la ley suprema de relación entre los efectos y las causas, de que depende la armonía universal? Y concretemos el asunto, imaginando que un pulmoniaco sometido á un plan de tratamiento tan perfecto cual consiente la ciencia terapéutica del día, se vista y se marche de paseo, con su pulmonía y su excelente tratamiento á cuestas. Pues, con sólo esto, habremos imaginado que el enfermo va camino del cementerio. Y, por el contrario, supongamos que otro pobre pulmoniaco no se halla defendido sino por el alejamiento de cuantas circunstancias son propias para secundar la acción de la causa primitiva del mal, y que la rectificación del efecto morboso queda á cargo exclusivo de la *naturaleza medicatriz*, no contrariada. Pues, con sólo esto, hemos supuesto que el segundo enfermo tiene tanto adelantado para curarse, como tuvo el anterior para morirse; no siendo otro el por qué de esta grande diferencia en el destino de ambos, que la distinta manera de entender y aplicar á uno y á otro el senti-

do de la frase *causa de enfermedad*, capaz de inspirar un proceder adverso ó favorable á la acción de ésta; lo que equivale á decir lógica é inexorablemente enemigo ó protector de sus efectos.

¿Pero son exclusivamente extrañas á nuestra organización las causas patológicas? No tan sólo no lo son, sino que ni aun las más influyentes en el desarrollo de sus consecuencias. Por ejemplo: se oye á un anciano hacer gala de no haber estado enfermo jamás, de no haber necesitado médico, de no haber probado la flor de malva ni la tila. ¿Será que no haya tropezado con él ninguna de las innumerables causas de enfermedad que constantemente nos rodean? ¿Jamás habrá sufrido aquel hombre inclemencia alguna: ni frío, ni calor, ni disgustos, sustos, emociones violentas ó ingestión de alimentos difíciles de digerir, ni habrá cometido el menor abuso de nada?.... ¡Imposible! Lo que ha dado motivo, en él, á esta distinción sobre el mayor número de sus semejantes—no obstante haber sido acometido por las mismas ó mayores causas de enfermedad á que cedieron ó sucumbieron tantos otros,—lo percibe con toda claridad el vulgo mismo, que resuelve acertadamente este problema, sin otro auxilio que su buen sentido, diciendo haberse librado de enfermedades dicho anciano, por virtud de su *gran naturaleza*. Y he aquí, en esta compendiosa frase, la expresión elocuentísima del secreto de nuestra existencia; reconocido, en el puro hecho de la suya, por más que haya de quedar en el misterio su íntima explicación. En esta antiquísima frase, usada ya, como sabéis, por el llamado Padre de la Medicina, se retrata la mayor y más indiscutible verdad médica; aquélla que, al referirse á la *naturaleza individual*, descubre una *fuerza* ante la que puede estrellarse la de cuantas energías exteriores son capaces no solamente de deshacer cadáveres, sino de hacerlos á costa de los individuos *débiles;* los cuales caen muertos—ó enfermos pasajeramente, por lo menos—al influjo de aquellos mismos venenos ó contagios ó traumatismos, de todas aquellas causas de destrucción á que resisten los individuos *fuertes;* siempre en la exacta medida de su fuerza, porque en las acciones de la Naturaleza no hay arbitrariedad.

Con perfecta razón, pues, dijo Hipócrates que el médico era

el ministro de la *naturaleza,* y bien hizo el gran clínico inglés de nuestros días, Graves, al aceptar, como el más justificado elogio de toda su práctica, la frase *Alimentaba en las fiebres,* grabada sobre su sepulcro; en señal de que ninguna intervención médica va, según él, delante de la posible alimentación de la *energía de la naturaleza* individual.

Nos consta que el cirujano puede intervenir poderosamente en la vida de un individuo, amputándole una pierna, v. gr., estropeada por la enfermedad ó el traumatismo; ¿pero es el operador, por grandes que su arte y ciencia sean, quien hace la cicatriz de la herida quirúrgica, y quien, con ello, la aprovecha en beneficio de la vida general del organismo? ¿Y lo que se dice de la amputación ó de la laparotomía, deja de ser extensible á todas las demás intervenciones terapéuticas? ¿Hay quien cure un cadáver?

Ningún médico ignora que los planes de curación *responden* de variada manera en los distintos individuos; curándose todo muy pronto en algunos de éstos, y eternizándose en otros la anormalidad más insignificante, según el grado de resistencia de cada uno: que es la razón de que pueda asegurarse, con particularidad en el campo de la Medicina, que *sólo la fuerza es tranquila.* ¿No habéis reparado en la facilidad con que el mozo encargado de conducir un fardo se le echa al hombro, cuando el peso de él es inferior á la energía de sus músculos? ¿Y, por el contrario, el modo como lucha con su carga, encendiéndosele el rostro, jadeando y vertiendo á chorros el sudor, cuando el pesado bulto excede á lo que él pueda buenamente soportar? Pues no es otra cosa lo que ocurre con el gran *fardo* de la vida, que la *naturaleza* lleva sobre sus hombros; siendo por eso por lo que *la debilidad es irritable,* por lo que predispone á todas las *irritaciones,* y constituye y hace durar tanto, v. gr., la osteitis subsiguiente á una contusión del codo que, en los casos normales, no habría dejado resentida la localidad por más de cuatro días.

Y á puro ser la vida una cantidad, una cifra, nuestro tesoro vital es susceptible de disminución y de aumento, y sus problemas, como los de toda Hacienda, tienen por base el equilibrio

entre los indispensables gastos y los no menos indispensables ingresos. Lo que en el comercio se llama *suspensión de pagos*, en Medicina se llama *enfermedad;* y lo que en aquél recibe el nombre de *bancarrota,* se llama *muerte* en ésta.

Funcionar, vivir la molécula orgánica, significa descomponerse y morir; no sin haber legado su tipo específico de animación á la otra molécula, todavía *innominada*, que la sigue para sustituirla. Es una consigna que se transmiten incesantemente, de unos á otros, los admirables centinelas de la vida; que necesitan tener la necesaria para desempeñar en regla esta parte de su misión, cual las restantes. De manera que *vivir es morir,* en el sentido del sacrificio de la vida parcial por la total; que es lo propio que sucede con todos los capitales en actividad, que al ser gastados por las naturales exigencias del negocio á que corresponden, han de resultar proporcionalmente sustituídos, si no se quiere que aquél acabe en la ruína por el déficit. Este equilibrio en el movimiento de los ingresos y los gastos propios de toda vida, es el guía supremo á que deberán atender quienes tengan la obligación de sostenerla.

Ya se adivina que en Medicina, como en Hacienda, lo temible ha de ser siempre el *déficit;* pero la última es susceptible de ser favorecida por un *superavit,* que declaro no haber visto jamás en la primera; en la cual no cabe hablar de *sobra de salud* sin infringir las leyes de propiedad del lenguaje y tomar puesto al lado de quienes califican de ese modo la obesidad y la apoplegía ó los diviesos.

¿Pero lo han de ser todo, en Medicina, las causas patológicas? ¿No deberán preocuparnos los *efectos?* ¿Bastará verdaderamente, en Clínica, con atender al antiquísimo apotegma del *sublata causa?* Examinemos la cuestión.

Todos los días nos encontramos con innegables pruebas de que los efectos amparan á sus causas: que *no llueve porque no llueve,* sinónimo de que *la sequía sostiene la sequía* ó de que *llueve por lo mismo de haber llovido.* Y esto porque todo, en la Naturaleza, tiende al círculo; porque cada cosa engendra su semejante y perpetúa de este modo su premisa. No es otra la razón de que los hijos de la irritación la engendren; de que las lágri-

mas vertidas por un ojo inflamado escalden la mejilla, y de que el moco del coriza encienda las aberturas de la nariz y el labio por donde pasa; haciendo lo propio, en sus respectivos territorios, los productos de secreción gastro-intestinales ó los del hígado y riñón, cuando la flegmasía de los órganos correspondientes se hace su madre; y trabajando cuanto es sabido en pro de la afección respiratoria ó de la anémica ó la neurastenia, á que se deben, la tos, la anorexia y el insomnio por ellas provocados, á las que parecen amparar y sostener como hijos.

Pero hasta aquí no se ve que los procesos morbosos desempeñen otro papel que el de meros protectores de sus causas, no el de defensores de sí mismos, cual les corresponde por obediencia á otro artículo del gran Código, que impone á todo lo existente la *tendencia á subsistir*, la *oposición á dejar de ser*, y que, unido á los artículos anteriores, realiza la maravillosa y como contradictoria obra de mutación y de estabilidad que en el mundo lleva á cabo cuanto *es;* obra cuya fórmula (común á la existencia de todos los seres, orgánicos ó no, conscientes ó inconscientes y normales ó anormales) está reducida á decir que *emplean su vida en defenderla y transmitirla.* Las enfermedades no habían de hacer excepción á este esencial carácter de lo existente. Sabido lo cual, y que la individualidad morbosa es enemiga de la nuestra, no hay para qué decir lo que la lógica nos exige en este punto.

No me propongo resucitar la cuestión de las dosis infinitesimales de Hahnemann; pero sí haceros reparar en que los médicos no homeópatas han creído, y siguen creyendo, que son terapéuticamente nulas; lo mismo que creen, con aplicación á otras dosis y procedimientos de la Materia médica, los Profesores que recorren las páginas historiales del tratamiento de los diversos afectos, y encuentran en ellas una grandísima semejanza con los álbums de modas en las distintas épocas de la Humanidad; que es como decir que encuentran mucho de inadmisible y aun de ridículo, por contrario á la Ciencia ó á la Estética. Y si con aquellas prácticas curativas históricas que empiezan en la influencia medicinal de la sangre de *gallo blanco contra la ceguera*—transmitida á los siglos por la célebre tabla

votiva del templo de Esculapio,—y acaban en las *tisanas* que, en el siglo XVIII, eran moneda corriente y de la mejor ley contra las *fiebres graves;* si jugando tales resortes se curaban admirablemente la ceguera, las fiebres graves y toda clase de estados morbosos, es claro que se plantea un dilema inexcusable: el de que ó es verdadera la acción medicinal de tales modificadores, ó no. Si lo primero, es falso el conjunto de conocimientos actuales que deponen contra ella. Si lo segundo, no pudo ser ella el agente de las curaciones obtenidas, y hay que explicarlas por la intervención de otro poder; y como no aparezca ninguno más que el de la *naturaleza* individual, unida á los agentes naturales, nos es forzoso encomendar la explicación á una y otros; encontrándonos, al hacerlo así, con un nuevo é irresistible argumento en pro de la *naturaleza medicatriz* y de la espontánea influencia terapéutica de los agentes naturales externos, ya proclamada por el anciano de Coos en su libro *Aires, aguas y lugares,* y de la cual—siempre en unión con su inseparable *temple del organismo,*—he de ofreceros á renglón seguido ejemplos clínicos á propósito para convencer de la virtud curativa de los medios higiénicos; tan poderosos, que cuando falta la intervención absoluta de los farmacológicos ó quirúrgicos, ó ésta es tal que merece ser tachada de nula, quedan ellos solos para darnos la única razón posible de las curaciones; no pudiendo desentendernos de reconocer la parte principal que en los casos de esa intervención ha de corresponderles, por el hecho innegable de no prescribir nunca aquel colosal influjo suyo, que basta para realizar por sí la obra terapéutica, siempre que le dejan en la soledad las circunstancias.

He sido médico de una señora que asaltada, desde hacía algunos meses, por un reumatismo poliarticular muy generalizado y rebelde á todos los tratamientos empleados contra él, resolvió pasar en el benigno clima de Valencia el invierno que se acercaba. A la sazón no había ferrocarril desde Madrid (residencia de esta señora) sino hasta Almansa, y era preciso hacer el resto del viaje en diligencia. Esta dificultad detuvo la ejecución del proyecto y estuvo á punto de hacerle fracasar; pero las temidas crudezas de la estación, que avanzaba, y la tenacidad

dolorosísima del padecimiento, que no cedía, decidieron á la enferma y su familia; poniéndose aquélla en camino, acompañada de su esposo. Llegada que fué á Valencia, no tuvo valor para dejarse desnudar, y tal como llegó vestida la metieron en la cama. Al despertar, se halló agradablemente sorprendida por la luz del día, que indicaba que había dormido toda la noche de un tirón; cosa que no la había ocurrido desde el comienzo de su mal, y que ella atribuyó al sumo cansancio. Lo que no sabía, en los primeros momentos, era que *estaba curada*, y para siempre; pues ha muerto cuarenta años después, sin volverla el reúma.

Pues si como esta enferma no hizo nada, sino el dejarse transportar y sufrir los dolores de la trepidación—desde que salió de Madrid hasta que despertó *sana* en Valencia,—hubiera tomado en el camino algún nuevo medicamento, ó se hubiere sometido á cualquiera procedimiento especial ajeno al viaje, es casi seguro que ella hubiera sido la primera en atribuirle el encantador éxito; si es que no caía en la tentación de seguirla en su creencia algún médico, sobre todo si era debido á su consejo el empleo del modificador maravilloso. Pero el caso no ha consentido dudas, y es forzoso reconocer que la trepidación, el movimiento, la gimnástica, masaje ó mecanoterapia del ferrocarril y de la diligencia, en unión del cambio de clima y de localidad, es lo único á que se puede atribuir el resultado; obligándonos una vez más á mirar con razonable desconfianza el antiguo, tanto como desacreditado, principio del *post hoc*, igualmente que á dedicar un recuerdo á Ribes, de Montpellier, por haber creído y proclamado que había una Higiene Terapéutica.

Tomemos en consideración, á este propósito, los elocuentes casos en que el cambio de residencia á que se ha visto obligado, por deber profesional, un enfermo crónico de tal ó cual órgano ó aparato, le devuelve como por la mano su perdida salud; á la manera como un verdadero y simple cambio de aguas se la devuelve á otro que padecía del estómago desde el día en que comió con asco un alimento. Y tómese de paso nueva nota del poder que las acciones naturales—constitutivas de los resortes de la Higiene—son capaces de desplegar, lo mismo en pro que

en contra de la vida; según ya queda dicho en las primeras líneas de este escrito.

Y éste es también el momento de recordar los hechos curiosísimos revistados por Trousseau en el capítulo *Asma*, de su inmortal *Clínica Medica;* tales como las singulares causas naturales de aparición ó desaparición de los accesos, en el mismo Trousseau—que padecía de este mal,—en el joven de Saint-Omer, en el abogado de Calvados, el interno del hospital Beaujon y el oficial superior de Mont-Dore, citados detalladamente allí.

Debo advertir que la frase *agentes naturales* no debe interpretarse como sinónima de la de agentes *normales;* pues en tal caso dejarían de ser lo primero los manantiales del paludismo, las nieblas, lluvias ó temperaturas extraordinarias, el *asco* antes citado, los vicios y cuanto es capaz, por alterado, de turbar desde el campo de la Naturaleza, general ó individual, las relaciones normales entre una y otra, ó entre las partes varias de la última.

Yo he tenido ocasión de conocer otra señora, para quien la inocente fresa era motivo tal de indigestión y cólico, que bastaban tres ó cuatro granos de ella para causar todo aquel estropicio digestivo; creyendo firmemente la víctima de tamaña anomalía, que de comer alguna vez un plato de tan estimada fruta, como hace todo el mundo, no hubiera salido con vida de la prueba.

¿Cuáles deberán ser, por consiguiente, las líneas generales de aplicación de las verdades de la Higiene á la defensa contra las enfermedades?

Lo primero que salta á la vista y hay que tener presente, es la existencia de tres clases de Higiene, que calificaré de Fundamental, Profiláctica y Terapéutica; entendiendo por la primera, aquélla que tiene por objeto mantener la integridad dinámica general del organismo, la cifra normal de las llamadas *fuerzas radicales*, sinónimas de la admirabilísima base del vivir, que se conoce lo más comunmente con el nombre de *naturaleza* del individuo. La Higiene Profiláctica se ocupa de prevenir el desarrollo de las enfermedades; no en el concepto *anó-*

nimo, por decirlo así, en que lo hace la anterior, al limitarse á mantener los bríos de la naturaleza contra la acción de toda causa morbosa en general, sino particularmente contra las de padecimientos determinados. Y, por último, la Higiene Terapéutica es la que dirige sus poderosas armas al corazón de las entidades patológicas, desligadas ó no desligadas de sus causas.

Ahora bien: como quiera que las fuerzas radicales, ó naturaleza del individuo, sean inseparables compañeras de la vida, la misión de ampararlas, cumplida por la Higiene fundamental, hace de ésta una verdadera hermana mayor de la Medicina, cuanto más de las Higienes restantes, en virtud de resultar aplicable á todo propósito de mantener la salud ó rehacerla. Para ello, sabe poner en juego los agentes exteriores relacionados con el organismo, y concertar debidamente con su acción el ejercicio de las actividades propias de éste. Unidas de tal modo la posible normalidad de los primeros y las últimas, se consigue mantener al amparo de ella la economía viviente y hacerla inexpugnable contra el mayor número de causas de destrucción, cual siempre lo son los organismos que se conservan dentro de la ley. De otra manera, ¿cómo habían de perpetuarse las especies?

No encuentro, por lo tanto, exagerado decir que la Higiene Fundamental es la emperatriz de la salud. ¿Porque quién, sino ella, es capaz de cicatrizar las heridas quirúrgicas y convertir en provechosa la obra cruenta del cuchillo medicinal? ¿Quién sino ella utiliza recóndita y suficientemente la acción, más ó menos misteriosa, de todos los agentes terapéuticos?

Hija primogénita de la Virtud y del Saber, esta Higiene marcha delante de sus hermanas, y ofrece á las restantes ciencias, á la vez que la victoriosa premisa de su existir—contenida en la vida y salud del gran sér humano,—la indicación del camino para penetrar los secretos de la Naturaleza, seguido por ella incansablemente hasta las profundidades del Microcosmos, desde las alturas del Macrocosmos que la envuelve; alumbrándose para ello con la luz del espíritu hallado en las primeras, infinitamente más potente que la del sol que irradia de las últimas y anunciador de la Filosofía, la Psicología y la Medicina en to-

da su extensión; tras de las cuales se alzan las Matemáticas, la Física, la Química y toda la restante serie de los conocimientos humanos; oriundos del primitivo estudio de sí mismo, que las enfermedades inspiraron al hombre y le condujeron al del mundo exterior; valiéndole la conquista de la Higiene Fundamental antes que nada.

¿Y con qué medios cuenta esta parte de la ciencia para alcanzar sus altos fines? Pues bien sabéis que cuenta con elementos que, por no menos altos, son bastantes; tales como la luz solar, el oxígeno del aire, la alimentación y habitación suficientes, el trabajo moderado y productivo, la paz del ánimo, el clima y localidad sanos y la prudencia en el ejercicio de cuantas funciones propias son dependientes de la voluntad.

Llegado aquí, diré que siendo el sistema nervioso el característico de la animalidad, y circulando por sus cordones y centros ganglionares el fluido nérveo, al modo como lo hace la sangre por los vasos y sus centrales oficinas, no habrá de ser su alimentación menos interesante que la de ésta; en el concepto de sostenedoras respectivas que son de ambos fluidos circulantes, encargados de atender al cumplimiento de la ley reproductora de los *individuos histológicos* ó *células*, en representación del factor masculino y femenino, del fecundante y fecundable; siéndolo siempre del primero, como ya se adivina, el fluido nérveo, y del otro la sangre. El cumplimiento de esta doble necesidad es lo fundamental de la Higiene de este apellido, por lo mismo de serlo de la vida, á cuyo sostenimiento se consagra; y nos consta que son la luz del sol y el oxígeno del aire los mayores encargados de realizarle: intermitentemente la primera, y sin tregua el segundo, porque la ley de periodicidad, dictadora del sueño y de todas sus derivaciones fisiológicas y patológicas—desde la intermitencia menstrual á la palúdica,—no reza con la sangre.

Y es indudable que si la intermitente luz solar mantiene la vida del sistema nervioso en forma mucho más calificada que los incesantes calor, electricidad y magnetismo terrestre en que siempre nos hallamos bañados, el oxígeno que respiramos sin cesar alimenta nuestra sangre por encima de cuanto comemos

y bebemos intermitentemente; porque se soporta mejor mil veces el frío que la obscuridad, y la escasez del comer que la del respirar. Díganlo, si no, los habitantes de la Siberia y los trabajadores nocturnos ó los mineros de todas partes; lo propio que los sibaríticos glotones de la ciudad y los sóbrios campesinos. Aquellos hombres sujetos á la rigidez de los climas del Norte, están sanos y fuertes mientras no trabajan á la luz artificial; como no lo están los sobrados de manjares suculentos á quienes falta el aire puro de los campos.

No debo callar, en este punto, que gran número de habitantes de las grandes ciudades, sobre todo, disfrutan el favor de una circunstancia de tal manera interesante, que basta para compensar los beneficios que el aldeano recibe directamente del seno mismo de nuestra madre Naturaleza, cuyos raudales vivificantes llegan á él sin obstáculos ni tasa. Esta preciosísima circunstancia es la cultura, la sabiduría, que al dar á conocer al hombre las leyes de su existencia, le coloca en situación de aprovecharlas; de tal manera, que los niños y los ancianos— ó sea los seres *débiles* por razón de la edad,—están sometidos en los campos á mayor proporción de mortalidad que en las grandes ciudades; sobre todo cuando la comparación se hace con los distritos más civilizados de éstas. Es lo propio que acontece en ellas mismas, si se comparan sus barriadas selectas con las más *bajas* en la escala de cultura, según atestiguan las más respetables estadísticas. La Municipal de Madrid, por ejemplo, presenta las elocuentes cifras que siguen, correspondientes al año 1903:

Distrito del Centro: 55.827 habitantes y 1.063 defunciones, 337 de las cuales recayeron en niños menores de cinco años.

Distrito de la Latina: 53.979 habitantes y 1.591 defunciones, 765 de las cuales recayeron en niños menores de cinco años.

Distrito de la Inclusa: 51.739 habitantes y 2.006 defunciones, 1.292 de las cuales recayeron en niños menores de cinco años.

La mortalidad general de estos distritos resulta, pues, de 19,14 por 1.000 habitantes en el del Centro, 29,47 en el de la

Latina y 38,77 en el de la Inclusa; y la mortalidad de niños hasta los cinco años, de 6,04, 14,17 y 24,98 respectivamente; cuyas proporciones marcan con triste exactitud la de su respectivo grado de civilización y consiguiente bienestar.

Por cierto que el mínimum de mortalidad en las ciudades de Europa y América, anotadas en la citada Estadística, favoreció á Zurich, que sólo sufrió el 13,2 por los mismos 1.000 habitantes. El máximum de 29,2 tuvo lugar en Moscou; siguiéndole Madrid, con 28,5. París, Londres y Nueva York no pasaron de 15,1, 17,5 y 18,2.

Por su parte, el «*Movimiento de la población de España en* 1901»—publicado en 1903 por el Instituto Geográfico y Estadístico, en dos hermosos volúmenes,—nos ofrece los siguientes guarismos, no menos expresivos.

La provincia de Madrid aparece con una mortalidad de 221,58 niños menores de un año y 194,42 de uno á cinco años por 1.000 defunciones, en tanto que la capital no va más allá (á pesar de sus distritos de la Inclusa y Latina) de 218,14 y 192,20 respectivamente. De los sesenta años en adelante la mortalidad, en la misma provincia, es de 231,85 por 1.000 defunciones, bajando en la capital á 225,64.

Después de lo consignado acerca de la parte que toma la piel en la asimilación de los imponderables, me parece del todo lícito calificar á ésta de *aparato digestivo* del sistema nervioso; con la particularidad de ejercer á la vez funciones excretoras, en una medida que le está negada al aparato digestivo propiamente dicho, pues el calor que de la piel irradia es tanto, que representa indudablemente casi todo el fluido nérveo *de desecho;* pues solamente la acompañan en esta emisión de calórico los líquidos excretados y el aire que se expira, unidos probablemente á cierto trabajo de irradiación por las mucosas, que es bien sabido que son una verdadera, aunque menguada, piel interna. A este calor cutáneo ha de asociarse—sin otra confusión que la experimentada por los comentadores del hecho,—el calor llegado en toda su *inorgánica* pureza, y ya constituído tal desde distancias más ó menos apartadas; amén del formado en la misma superficie cutánea por la conocida ley de transfor-

mación de la luz en calor, al choque de ésta contra cualquiera materia ponderable, desde la elástica atmósfera á la rígida superficie de la Tierra. Es verosímil en alto grado que la electricidad y el magnetismo concurran, de análoga manera, al resultado térmico de esta ley de transformación, reduciéndose á un común denominador con la luz y el calor telúricos llegados á la piel. De todos modos, posee ésta el singular don de percibir y separar ambas interesantes variedades de una misma forma imponderable, irradiando la ya inútil para la vida y dando paso al interior á la otra, recogida por cordones nerviosos centrípetos que hacen oficio de vasos linfáticos, mejor que no de venas; así como ejercen de arterias aquellos nervios centrífugos que conducen á las localidades en que han de distribuirse las masas de fluido nérveo que les entregan, ya convenientemente preparadas, las oficinas centrales del gran sistema sostenedor, por arte *dinámica*, de las actividades todas de la organización. Continuando este paralelo entre el sistema nervioso y el sanguíneo, se hace notoria la necesidad de admitir nervios y ganglios cumplidores de la misión—análoga á la de las venas y órganos secretores y excretores relacionados con la sangre,—de recoger y transmitir al exterior el fluido de desecho, que deberá ser todo aquél que vivió y perdió por ello, en la vibración funcional, su tipo de aptitud para repetirla; al extremo, y por la razón misma de la estupenda movilidad de los imponderables, de quedar incapacitado para obtener aquella rehabilitación que la sangre venosa experimenta en el seno del organismo, y justificándose por ende la necesidad del incesante ingreso en éste de imponderables nuevos, exceptuada la luz, á cuya acompasada intermitencia responde con la suya el sistema nervioso de relación, que duerme mientras el alimento luminoso no concurre á reforzar el constituído por los demás imponderables, y languideciendo asimismo, en este período de lobreguez, la funcional energía del trispláunico.

Concierne, pues, á la Higiene Fundamental la conservación de la integridad fisiológica de la piel, impidiendo que tan vital membrana se anuble, por decirlo así, é incapacite en lo más mínimo; sobre todo por culpa de la vulgarísima suciedad, pro-

ducida siempre por materias peores *conductoras* que la piel. El primer resultado útil de la Balneoterapia y de la Hidroterapia no será otro que el de proporcionar esta limpieza y garantir con ella la conductibilidad cutánea.

Después de lo que va dicho, se comprende que el *morir de frío* ha de suponer la cesación de las dos acciones de cambio imponderable realizadas por la piel: la de ingreso, en virtud de suprimirse la temperatura exigida por la Naturaleza para dar forma asimilable á los fluidos consabidos; y la excretora del nérveo inutilizado, por sustracción violenta de todo el que está en camino de ceder su puesto á los elementos del nuevo, pero con aquel compás exigido por la constante necesidad de la renovación y el tiempo reclamado para efectuarla; durante el cual ha de actuar en más ó en menos el fluido antiguo, siquiera ya imperfecto; pues aún ha de ser más indispensable que su purificación su presencia, de cualquiera manera que sea; en razón á que la distancia entre la anomalía funcional y la muerte, es igual á la que media entre el algo y la nada. Y he aquí el único punto en que el sistema nervioso nos ofrece cosa comparable á lo que la sangre venosa representa en el sanguíneo.

Morir de frío es, por consiguiente, una especie de asfixia nérvea. Pero *morir de calor* viene á serlo también; puesto que el calor exterior ahoga la irradiación del emisible y agrava el desequilibrio con el forzado ingreso de una masa descomunal de sí mismo.

En ambos casos, por lo tanto, se altera profundamente la estática de los elementos de renovación imponderable, y se consuma lo que he creído poder llamar *asfixia nerviosa;* determinada, en último extremo, por la falta de libertad de esa renovación.

Estática igualmente admirable es la que preside á las relaciones entre la Motilidad y la Sensibilidad; cada una de las cuales hace oficio como de platillo de la balanza vital de ese sistema, de cuya permanencia en el fiel pende la vida. ¿Qué ha de hacer, pues, la Higiene de que trato, si no es echar el peso de su mano amiga sobre el platillo favorable de esa balanza, con arreglo á la dirección reclamada por la del desnivel? Esta, y

no otra, es la justificación de la Gimnástica, la Mecanoterapia y aun el mismo masaje; la justificación de todos los movimientos concertados al objeto de restablecer el equilibrio, perdido por éste ó aquel exceso de sensibilidad.

Por su parte, los ganglios nerviosos, desde el más insignificante del trisplánico al cerebro, constituyen verdaderas oficinas telegráficas receptoras, elaboradoras y emisoras de las corrientes imponderables que dan al organismo su animación y concierto atómicos, moleculares, celulares y de totalidad. No hay que decir cuál ha de ser la más importante de esas oficinas; sabedores que somos de que únicamente la cefálica resulta estación central de enlace de todas las sinérgias, como es asiento exclusivo de la inteligencia y de la voluntad, señoras más ó menos directas de las *llaves* reguladoras de la transmisión del fluido nérveo.

Después de esto, no es de extrañar el influjo de las ideas en el funcionamiento de los órganos; influjo tan grande, que basta á veces para perderlos ó salvarlos; siendo bien conocidos los efectos que sobre las funciones vitales todas pueden ser ocasionados por las emociones intensas, las pasiones ó las simples prevenciones del espíritu, así como por la alegría, la esperanza y la paz; siempre por las *ideas*, pues los llamados *sentimientos* no tienen sin ellas existencia.

Todos tendréis noticia del oficial del ejército inglés que, en el primer tercio del siglo XIX, recorrió Europa, ostentando ante los claustros de no pocas Facultades de Medicina su rara facultad de influir voluntariamente sobre los latidos de su corazón; facultad de que se dice que fué víctima. Conoceréis también la clásica anécdota del condenado á muerte, en quien, por interés de la ciencia, se conmutó el fiero y público suplicio por una imaginaria sangría suelta, hecha dentro de un baño y en recinto cerrado, con la intención de indultar á la víctima si sobrevivía al experimento; y recordaréis que habiéndosele vendado los ojos y fingido abrirle una vena, sin pasar de la piel, se hizo jugar el diminuto grifo de una vasija preparada al efecto, y cuya agua—que había de simular la sangre—vertía sobre la del baño. Se pronunciaron en alta voz algunas frases de

conmiseración, y hasta se comentaron tristemente las buenas condiciones de aquella supuesta sangre, hasta que el infeliz sugestionado empezó á sufrir lipotimias, que acabaron en un síncope mortal.

Tal vez hayáis oído, asimismo, lo que se cuenta del armador de Santander que, en época próxima á la nuestra, cayó muerto al recibir la noticia de que el vigía del puerto acababa de anunciar que estaba á la vista la fragata de su propiedad que se creía perdida y era portadora de casi toda su fortuna.

¿Y acaso hay quien ignore la relación existente entre el estado moral de los ejércitos en campaña y el desarrollo de las enfermedades epidémicas que les suelen diezmar? En escala menos resonante, pero no menos expresiva, se observa á diario que una persona sorprendida por la visita de otra, en momento en que se disponía á satisfacer una imperiosa necesidad de orinar, se olvida de ella hasta que no se despide el visitante. ¿Y qué diré de la frecuencia con que desaparece el dolor de muelas, al llegar el doliente al gabinete quirúrgico del dentista que ha de extraer la dañada?

A este catálogo de hechos concurrentes á la prueba de que se trata, he de añadir el caso concreto de un niño de mi clientela que, recién destetado, parecía próximo á morir de inanición, por culpa de la invencible anorexia que acompañaba al proceso de los colmillos, y que halló la vida en la grata impresión que un día le produjo la vista de la pobre comida de los porteros de su casa, al pasar ante su chiribitil en brazos de su niñera. Pidió comer de aquello; le supo á gloria, como decían en su casa, y no tuvo ni necesitó otro comedor hasta que recobró la salud, y con ella el apetito verdadero.

¿Pero acaso es otra cosa que una idea lo que basta para despertar y poner en pie al gran aparato de la generación y exaltarle hasta las sublimidades del amor; lanzando quizás, desde tan elevada altura, tal cual enamorado al abismo en que perecieron los legendarios y no inverosímiles amantes de Teruel?

La Higiene Fundamental no puede menos de hacer la debida anotación de estos hechos, y adoptar en consecuencia las medidas que ellos lógicamente reclaman; no dando al olvido las

concernientes á las emociones compañeras de los vicios, que tienen aquí su lugar propio, por razón del concurso por ellas añadido al detrimento de las fuerzas radicales á que, de suyo, arrastran ya orgánicamente la lujuria, la embriaguez, el agitado trasnochamiento, etc. En este punto, la Higiene á que me refiero tiene su primer auxiliar en la iniciación de los infelices en los secretos de la Verdad científica.

Conforme antes he dicho, la *Higiene Profiláctica* se propone apartar las causas productoras de ciertas entidades morbosas determinadas; tales como la fiebre amarilla, la difteria, la sarna, el paludismo, el reúma ó la tuberculosis. A este laudable fin, estudia á profundidad tan especial Etiología, para dar con esos singulares enemigos de la normalidad; el triunfo sobre los cuales exige como primera condición el conocerlos.

Los resortes principales de esta Higiene son las *vacunas*, los *sueros* y la supresión de cuantas circunstancias puedan hacerse origen de los padecimientos en que se reconoce la intervención de las mismas.

En cuanto á la *Higiene Terapéutica*, la base de su inmenso poderío está en el de las acciones que, sobre los estados anormales de nuestro sér, pueden realizar agentes ó actividades naturales exteriores á él, si no interiores, dirigidas calculadamente en contra de la enfermedad con independencia de sus causas; que es tanto como reconocerla vida propia, *personalidad;* susceptible, cual todas, de sucumbir bajo fuerza mayor, que es á la que aspira esta Higiene, y que se logra estudiando profundamente los casos patológicos curados sin visible intervención de la Materia Médica ó Quirúrgica.

Este tan amplio concepto de la Higiene en las enfermedades, deja todo lo atrás que se ve á la antigua Dietética, empequeñecida hasta el extremo etimológico—nunca puesto en verdadero desuso,—de representar más ó menos exclusivamente el régimen de la *dieta* ó alimentación de los individuos.

Como armas genuinamente propias de esta Higiene, figuran en su arsenal inagotable la Fototerapia y á su frente la Helioterapia, la Sueroterapia, Hidroterapia, Gimnástica en general, y Mecanoterapia y Masaje en particular; los alimentos por to-

das las vías capaces de admitirlos, la rusticación, el cambio de residencia, los climas, las aguas minerales naturales (agentes de transición entre los higiénicos y farmacológicos), y hasta la temperatura y calidad del agua que se bebe y de la casa en que se vive; las condiciones del traje que se viste; la permanencia en el hogar ó en la cama; la hora de recogerse en ésta ó en aquél; la cantidad y calidad del trabajo, etc., etc., etc. En la inteligencia de que nada hay pequeño para el bien ó el mal de los enfermos, tratándose del influjo de modificadores naturales de la vida, tan capaces de actuar hasta las profundidades de ella; pues tanto como la más desacertada dosis de estricnina ó arsénico, y mejor que la más acertada de ellas, pueden obrar sobre nuestro organismo enfermo el solo hecho de sentarse descuidadamente en la cama y cortar el sudor destinado á remediar una bronquitis agudísima; dar una lección de canto antes de acabar de convalecer de una laringo-bronquitis; pasar una noche en el insomnio y el terror—á causa de un incendio ó una revolución armada,—en el curso de una fiebre atáxica, ó, por el contrario, no cortar el sudor en la bronquitis, no cantar en la convalecencia de la inflamación laríngea y dormir con tranquilidad en las noches de la fiebre *nerviosa*.

Unidas las tres grandes ramas de la Higiene á su poderoso tronco, formado por el conocimiento de las leyes de la vida y de los modificadores naturales de ésta, constituyen el árbol sagrado á cuyo abrigo puede la Humanidad guarecerse contra las inclemencias perturbadoras de la salud, y esperar, en el peor caso, la llegada protectora de la Medicina Farmacológica ó Quirúrgica; que á tanto alcanza la virtud de la Higiene y su poder en el imperio de las enfermedades.

4 de Febrero de 1905.

III

La Anquilostomiasis, ó Anemia de los Mineros, por D. Mariano y D. Juan González.—Nota del Sr. Iglesias.

Señores Académicos: La *Anquilostomiasis* ó *Anemia de los Mineros* es el título de un interesante trabajo, dado á la estampa por D. Mariano y D. Juan Gonzáles, Médico y Farmacéutico, respectivamente, de las minas de Horcajo, de que se han servido enviar un ejemplar á la Academia.

Y como quiera que se trata de una enfermedad, que ocupó la atención de este Centro científico en el año de 1904, y que nuestra Academia debe ser el foco y el reflejo de la instrucción médica del país, difundiéndola y extendiéndola en la medida de lo posible, he creído que no sería perdido el tiempo, que invirtiera en dar alguna noticia de la obra en cuestión, consignando lo que contiene de más original é interesante.

Así demostraremos, además, que no recibimos con indiferencia las publicaciones que se nos envían, sino que nos honramos leyéndolas, y mirando con el debido interés la labor ajena, que viene á aumentar el acervo común de la ciencia y del arte que cultivamos.

Dicen los autores de la obra en cuestión, que han encontrado el Anquilostoma, á principios de año, en las minas de Horcajo, y consideran indudable su existencia en muchas otras, pues el frecuente cambio de residencia de los obreros ha de haberle transportado de un sitio á otro. Piensan si, entre aquella falanje de anémicos, repatriados después de nuestros desastres coloniales, no habría muchos atacados de *Anquilostomiasis*, por haber encontrado huevos del parásito en dos soldados procedentes de Cuba.

Contra la opinión de los que aseguran haber contado en el intestino hasta 3.000 parásitos, dicen los autores que no han visto más de 200 ó 300 en individuos fuertemente atacados, y

que bastan algunas docenas, en ciertos casos, para ocasionar profundas anemias; lo que inclina el ánimo á creer, que no sólo la sustracción de sangre es lo que conduce á estos enfermos á tan deplorable estado, sino que existe al mismo tiempo una intoxicación que ataca al glóbulo rojo.

Afírmase en el trabajo mencionado, que sus autores han cultivado con buen éxito, infinidad de veces, huevos en una escala térmica comprendida entre 22° y 37° C.; que la sequedad los destruye; su contenido se contrae, ocupando apenas la mitad del espacio primitivo, sin que al humedecerlos de nuevo recobren sus propiedades; y respecto á los requisitos de temperatura exigidos para su desarrollo, en las condiciones en que ordinariamente pueden encontrarse al aire libre, han hecho observaciones con cultivos, que han sufrido temperaturas mínimas de 12° C. y máximas de 40° (al sol), sin que hayan visto desarrollarse los gérmenes.

La solución fenicada al 5 por 100, que mata instantáneamente las larvas, necesita unos quince minutos para paralizar los embriones.

En un gramo de materias fecales han contado hasta 5.000 huevos, y algunos autores hacen elevar esta cifra hasta 4 millones en una deposición de 250 gramos. La larva muere poco después de haber llegado al máximum de desarrollo, que alcanza en el exterior: algunos observadores le asignan una vitalidad de varias semanas, pero los autores no las han visto vivir más de ocho días) no confundiendo la muerte real con sus largos reposos, durante los cuales su inmovilidad es tan completa, que pudiera muy bien inducir á error. En caso de duda, hágase penetrar en la preparación una gota de agua fenicada: si la larva conserva un resto de vida, se moverá tan pronto como la toque el reactivo.

Según la experiencia de los autores, su forma rabditoide muere en diez y ocho ó veinte minutos con la solución de sublimado al 2 por 1.000, mientras que una adulta resiste algunas veces más de una hora. El sulfato de cobre, al 10 por 100, se comporta lo mismo que el sublimado. La solución fenicada, al 5 por 100, mata las larvas instantáneamente: parece que las

carboniza, pues toman en seguida un color tostado característico. La misma solución, al 2 y medio por 100, mata en seguida las larvas jóvenes, mientras que las adultas tardan en morir un par de minutos. Del mismo modo se comportan el lisol y la creolina, aunque no con tanta rapidez. El alcohol y el ácido tímico son también venenos muy rápidos. El cloroformo y la glicerina son de los más activos, deformando las larvas este último de tal modo, que parece solamente la cubierta arrugada. Los reactivos empleados han sido siempre coloreados.

Una vez que ha llegado á su estado adulto, la larva queda encerrada en una especie de quiste ó cubierta, formada á sus expensas, y cuya forma es exactamente igual á la de su cuerpo. Los Sres. González, sin embargo, han visto morir muchas adultas sin envoltura, y en las preparaciones se entuentran con frecuencia algunas de éstas abandonadas por las larvas.

Contagio.—El huevo no se desarrolla en el intestino del hombre: necesita salir al exterior para transformarse en larva. Los autores han examinado más de 5.000 muestras de deyecciones, y no han hallado, ni buscado con empeño, un solo embrión.

Por el calzado y por el movimiento de tierras los huevos son transportados á diferentes sitios, multiplicándose los focos de contagio. Un medio muy apropiado para esta diseminación es la rata.

En algunas minas ó en determinados tajos de ellas es imposible permanecer limpios. La abundancia de agua, y más si ésta es corriente, constituye un mal medio para el desarrollo del huevo: es necesario que se estanque, y que con la tierra, el carbón ó las heces fecales forme pasta. Los mineros, en general, cuando se hallan cerca de una cuneta con agua corriente, hacen allí sus deposiciones, que son diluídas y arrastradas á los recipientes, de donde lo elevan las bombas á la superficie. Estas aguas contienen, por consecuencia, muchos huevos, pero pocas larvas, porque en este medio tan líquido, y por añadidura corriente, no se desarrolla el germen. El peligro es infinitamente menor que donde hay solamente barro.

Los animales no parecen aptos para contraer la enfermedad.

En resumen: la infección no puede verificarse de otro modo

que por las larvas, que el obrero va introduciendo en su boca en los distintos actos de comer, fumar, limpiarse los labios, etc., cuando sus manos se hallan manchadas de lodos contaminados.

Profilaxis.—El Gobierno austriaco ha promulgado un Reglamento, prohibiendo en absoluto el trabajo en las minas á todo individuo atacado de Anquilostomiasis. Lo razonable es combatir, no al individuo, sino al medio de propagación, á las heces fecales, mucho más fáciles de recoger y destruir que el esputo.

La mayor parte de los atacados de Anquilostomiasis, los que no se hallan en períodos muy avanzados, pueden continuar ganando el pan de los suyos, al mismo tiempo que seguir el plan curativo, con pérdida de alguno que otro día de trabajo.

La declaración de *mina contaminada* se hace, según previene el citado Reglamento, en virtud del examen, no solamente de las deyecciones de los obreros, sino también de las aguas y lodos de la mina.

La profilaxis de la enfermedad se deduce del conocimiento de la biología del parásito. Según los experimentos de los autores del trabajo que examinamos, el huevo pierde su facultad germinativa en un medio líquido á los dos meses próximamente. Hay que impedir que los obreros hagan sus deposiciones en el *fondo* de las minas. A este fin deben instalarse en la superficie, y muy próximos á los pozos de bajada, retretes en número suficiente para que todos los obreros puedan hacer sus necesidades antes del descenso á la mina. En el interior de ésta deben colocarse también los necesarios para casos de *urgencia.*

Por medio de conferencias públicas ó instrucciones impresas, claras y detalladas, se hará conocer al obrero la enfermedad y los medios de contagio.

En las minas donde se trabaja por relevos de ocho horas, pueden pasar los obreros muy bien sin comer en sus tajos, haciéndolo en sus casas inmediatamente antes y después de la tarea.

Las vasijas, donde lleven el agua ó el vino, y los saquitos de la comida deben colgarse en el sitio más limpio, y nunca ponerlos en el suelo, ó en contacto con la humedad.

Para el lavado de la cara y manos debe facilitarse á los obreros agua perfectamente limpia. Sería muy conveniente someter al obrero á la acción de *duchas de agua caliente.*

La desinfección de la mina por medio de antisépticos es completamente impracticable.

En suma: las medidas profilácticas contra la *Anquilostomiasis* quedan reducidas á una cuestión de limpieza y de educación.

Síntomas.—El tiempo transcurrido entre la infección y los primeros síntomas suele ser de dos á tres meses. Hay casos en que el individuo cae rápidamente en una profunda anemia, como consecuencia de una susceptibilidad especial.

Hay otros enfermos que, no obstante albergar buen número de parásitos, los *sobrellevan* mejor por poco tiempo.

Además de trastornos digestivos muy variables, comienzan estos enfermos por quejarse de una sensación de molestia ó dolor en la región epigástrica y gran fatiga muscular, sobre todo al subir pendientes y escaleras. La piel y mucosas setán pálidas, y la esclerótica blanca; lo cual les da aspecto de intoxicación saturnina aguda ó de caquexia palúdica. La palidez de las mucosas llega á tal extremo en algunos casos, que no se descubre ni rastro de vascularización. Este hábito exterior, la disminución de las fuerzas y el dolor en la región epigástrica constituyen los únicos síntomas constantes de la enfermedad. El apetito suele estar disminuído.

El dolor epigástrico es de intensidad muy variable, pues mientras en algunos constituye una ligera molestia, en otros adquiere carácter violento, comparable á una crisis gastrálgica. En general, no suele ser extremado, aunque sí continuo. Desaparece tan luego como se expulsan los Anquilostomas.

Los autores no han observado nunca fiebre, á pesar de haber asistido á enfermos que no podían moverse de la cama.

Continuando su curso la enfermedad, el individuo cae más ó menos pronto en una anemia profunda, con soplos vasculares, palpitaciones cardiacas, vértigo, impotencia y atrofia muscular, edemas, etc., hasta obligarles á permanecer en cama, por no poderse incorporar, á causa de la anemia cerebral.

En los casos en que el mal coincide con la intoxicación saturnina, la anemia es más rápida, más profunda, necesitándose varios meses para restaurar las fuerzas de estos enfermos, á los cuales parece habérseles agotado las fuentes de producción del glóbulo rojo.

Abandonada á sí misma la enfermedad, es muy raro que cure, aun sustraído el individuo á las reinfecciones.

Diagnóstico.—A la menor sospecha debe hacerse siempre el examen de las materias fecales. Basta diluir una deposición reciente en su peso, poco más ó menos, de agua; tomar una gota en el porta-objetos, y examinarla al microscopio; siendo suficiente un aumento de 200 ó 300 diámetros. Si no se viesen en la primera preparación, y el enfermo fuere sospechoso de Anquilostomiasis, deben examinarse varias muestras, y en días distintos.

Si no pudiera hacerse el examen de la deposición recién hecha, y fuere necesario aplazarlo para otra día, debe diluirse en agua, pues conservándose pastosa, pudieran germinar los huevos, y encontrarse en el momento del examen con embriones que pudieran dar lugar á confusión.

Tratamiento.—Dicen los autores del trabajo que examinamos, que los remedios empleados hasta ahora han dado un resultado poco brillante. Solamente, si transcurridas tres ó cuatro semanas no se encontrasen huevos en observaciones repetidas, podrá darse por curado al enfermo.

Los medicamentos más en uso son el extracto etéreo de helecho macho y el timol. Durante los dos ó tres días que precedan á su administración, se someterá al enfermo á una alimentación que no deje mucho residuo: leche, huevos, carnes tiernas, etc. La víspera se administrará un purgante salino, para limpiar de moco y residuo el tubo intestinal. Al día siguiente, y acostado el enfermo, toma de 12 á 15 gramos de extracto etéreo de helecho macho, en una ó dos dosis, bien en cápsulas ó mezclado con doble cantidad de miel rosada, que hace más agradable el medicamento. Tres ó cuatro horas después se administrarán 40 gramos de aceite de ricino. El enfermo debe permanecer todo el día acostado, en posición horizontal, tanto

para evitar los vértigos como para retener el medicamento hasta la administración del aceite de ricino. Los parásitos no salen con las primeras deposiciones; casi nunca se los ve hasta el día siguiente, en que son expulsados en una ó dos veces. En general, no suelen pasar de una docena, y varias veces han contado los Sres. González hasta dos: rarísimo es ver 100 ó 150.

Nunca han dado los autores más de 15 gramos de extracto, y juzgan muy expuestas las dosis de 30 gramos, de que hablan algunos autores. Con 12 gramos han observado fenómenos de intoxicación, y en un caso gran debilidad de la vista. Sabido es que con dosis crecientes han ocurrido cegueras absolutas é incurables.

El *timol*, le han administrado en sellos de un gramo, cada hora, hasta tomar 12 al día como máximum. El resultado no les ha satisfecho: cuando más, han recogido cinco Anquilostomas. Los individuos sometidos á este tratamiento se quejan de fuertes ardores de estómago, y un enfermo, que tomó diez gramos en un día, pasó la noche en estado de colapso muy acentuado. A dosis menores, no han visto expulsar ningún parásito.

El juicio de los autores es desfavorable para dichos medicamentos. Dicen que son tóxicos á las dosis á que se administran; por lo que creen el helecho macho y el timol deben ser retirados de la terapéutica de la Anquilostomiasis.

Prefieren á los medicamentos expresados el cloroformo y la glicerina, en la siguiente mezcla: cloroformo, 3 gramos; eucaliptol, 2; aceite de ricino, 40; para tomarla de una sola vez en ayunas, previa limpieza del intestino. La víspera no se permite tomar como cena más que un vaso de leche. La fórmula mencionada no encierra peligro alguno: se puede repetir cuantas veces se quiera, y el enfermo la tomará estando levantado, si le place. Uno de los pacientes á quienes se le administró, arrojó 105 parásitos en una sola deposición; otros no han expulsado más de media docena.

Los Sres. González han ensayado también la *glicerina*, fundándose en su acción sobre las larvas; y no están descontentos de sus resultados. Tiene, además, la ventaja de ser inofensiva, aun administrada á dosis enormes. A algunos enfermos les han

hecho tomar hasta 540 gramos en ocho horas, sin que hayan experimentado más que alguna pesadez de cabeza y flojedad de piernas. Cuando por dosis progresivas, durante tres ó cuatro días, se va habituando el individuo al medicamento, dichos síntomas no tienen la menor importancia, ni privan al enfermo de salir á paseo.

Se administra del modo siguiente: preparado el intestino con arreglo á los preceptos generales de tratamiento, se toma muy temprano un ligero desayuno, como una taza de té con leche; á las ocho se empieza á administrar dos cucharadas de glicerina pura, cada dos horas, hasta las doce, en que el enfermo hace una comida, compuesta de sopa ó huevos y leche; á las tres reanuda el eso del medicamento, suspendiéndolo á las ocho, hasta el día siguiente, que se empieza á la misma hora, dejando siempre tiempo para la comida. El paso continuo y sostenido de la glicerina por el intestino, parece ser una circunstancia muy favorable para su acción.

Al examinar las deposiciones de los enfermos sometidos á esta medicación, se ve que una gran parte de los huevos de Anquilostomas han cambiado de forma: de elípticos, se hacen circulares, aumentan de tamaño, y el contenido se arruga y disminuye de volumen, al mismo tiempo que toma un color pardo obscuro. Puestos en cultivo, no germinan: están completamente esterilizados. El contacto prolongado con la glicerina deforma y disminuye de volumen á los Anquilostomas, quedando reducidos á un simple fragmento, imposible de reconocer en los excrementos. Los huevos que se encuentran en las deposiciones, disminuyen con la glicerina, como no sucede con ningún otro medicamento.

Los preparados ferruginosos, unidos á la nuez vómica, y una alimentación muy reparadora, son muy necesarios en la convalecencia, la cual es siempre de muy larga duración.

En la obra de que vamos hablando, trátase, por último, de la *Anguillula intestinalis*, que suele asociarse al Anquilostoma, y es fácil confundirle con éste en algún momento de su evolución. El *anguillula* es un vermes cilíndrico, de sexos separados, de una longitud de dos á dos y medio milímetros. En las deposiciones

de los individuos que albergan la *Anguillula* se encuentra muy rara vez el sér adulto; pero en cambio contienen gran cantidad de larvas, no habiendo visto nunca huevos en las heces fecales de estos enfermos, á no ser en estado de embrionario perfecto.

Por una feliz coincidencia, los autores han encontrado machos y hembras en la misma preparación. El único carácter que puede inducir á sospechar, que se trata de la *Anguillula*, es su mayor movilidad: rara vez se la sorprende en reposo, mientras que la del Anquilostoma alterna con ratos de quietud, durante los cuales se la creería muerta. La evolución es bastante rápida: en unas sesenta horas alcanza el estado adulto.

Por fin, la *Anguillula* crece, se desarrolla y multiplica muy bien. Fuera del intestino, el número de los que se alojan en dicha cavidad es considerable: el hombre puede afectarse por las larvas y por los individuos adultos, rara vez por los embriones: no tiene ganchos con que fijarse y rasgar la mucosa ni aparato chupador; las toxinas que segrega son las que ocasionan el empobrecimiento de la sangre; el parásito y su larva mueren con los mismos reactivos que la larva del Anquilostoma, y es más difícil de curar que su asociado, por verificarse su multiplicación en el intestino.

Tales son los principales datos de observación y de experiencia que, sobre la *Anquilostomiasis*, ó *Anemia de los Mineros*, han recogidos en los obreros de la mina de Horcajo los señores de González, Médico el uno y Farmacéutico el otro del mencionado establecimiento.

La biología é historia natural del parásito, la consideración de su carácter contagioso, la sintomatología, diagnóstico y tratamiento del estado morboso que determina, se halla descrito, con estilo conciso y claro, en el folleto en cuestión, muy adecuado para ilustrar á los prácticos en cuanto se refiere á la dolencia, que primeramente se describió con la denominación de *Angina de los Mineros*, y que ahora se conoce con los nombres de *Anquilostomiasis* ó *Anquilostomicasia*.

Los diferentes particulares referentes á padecimiento tan grave, tan obscuro á veces en sus manifestaciones, de tan larga

duración y de tratamiento tan incierto, no pueden menos de llamar la atención de los clínicos, que han de esforzarse por aclarar las muchas dudas en la práctica inevitables para conocer, curar y evitar esta enfermedad parasitaria.

La Academia trató ya de esta materia en el año último, y nada habría de perder con poner otra vez sobre el tapete asunto tan interesante. La terapéutica empleada resulta poco eficaz, según declaran los médicos que han visitado enfermos afectados de Anquilostomiasis. ¿Y no estaremos en el caso de ensayar antisépticos tan poderosos como el ácido fénico, cuyos efectos sobre el parásito parecen autorizar su uso? Nosotros así lo pensamos.

Y dejando esta cuestión, así como otras relacionadas con el asunto, á la deliberación y acuerdo de la Academia, terminamos dando á ésta las más expresivas gracias, por la benevolencia con que se ha servido escucharnos.

ACTA DE LA SESIÓN INAUGURAL

DEL AÑO DE 1905

Presidida la Academia por el Excmo. Sr. Ministro de Instrucción pública y Bellas Artes, D. Juan de la Cierva, teniendo á su derecha al Presidente de la Corporación, Sr. D. Julián Calleja y Sánchez, y á su izquierda al Vicepresidente, Sr. D. Gabriel de la Puerta, y con asistencia de los señores Académicos, Cortejarena, Pulido, Olóriz, Gómez Pamo, Olmedilla, Hergueta, Taboada, Fernández Caro, Rodríguez Abaytua, Tolosa Latour, Cortezo, Sánchez y Rubio, Larra, San Martín, Carretero, Casaña, Alonso Sañudo, Mariani, Villa, Gómez Ocaña, Jiménez, Ortega Morejón (D. Luis) y Huertas, el Secretario perpetuo que suscribe leyó, á nombre de la Comisión de Gobierno, una

Memoria, titulada, *Resumen de la historia y tareas desempeñadas por la Academia en el año 1904.*

Seguidamente el Académico numerario, Excmo. Sr. D. Carlos María Cortezo, á quien por antigüedad correspondía, dió lectura al discurso inaugural, sobre el tema, *Los grandes remedios.*

El infrascrito Secretario leyó á continuación la siguiente

«*Acta especial de la adjudicación de Premios en el concurso de* 1904.—Reunida la Academia en sesiones especiales convocadas al efecto, para juzgar los trabajos presentados en opción á los Premios ofrecidos en dicho concurso;

Oídos los informes evacuados por las Secciones de Medicina y de Higiene, y por las Comisiones especiales de los Premios Rubio y Calvo;

Y *resultando*, que en opción á uno de los Premios de la Academia, sobre el tema, *Patogenia, diagnóstico, terapéutica y profilaxis de la Angina de Pecho,* se han presentado dos Memorias, señaladas con los lemas: *Amaos los unos á los otros: el que renuncia á la guerra, renuncia á la vida;* y *Naturam morborum ostendunt causæ:*

Resultando, que aspirando al otro Premio de la Academia, acerca del tema, *Valor de los Sanatarios Marítimos en la profilaxis de la Tuberculosis,* se ha recibido una Memoria con el lema, *Aer sapientiam cerebro et motum membris exhibet:*

Resultando, que en solicitud del Premio fundado por el Doctor D. Pedro María Rubio, se han remitido á la Academia cuatro obras, con estos títulos: *La enfermedad de moda: monografía de la Tuberculosis: Manual de Química Médica: Ligeras nociones de Microbiología:* y *Estudio de los principios activos de las Plantas medicinales:*

Resultando, que al Premio Calvo han aspirado dos Médicos titulares, que se han creído adornados de las condiciones señaladas por el fundador:

Considerando, que aunque las dos Memorias referentes á la *Angina de Pecho* contienen la doctrina admitida actualmente en la ciencia, y sus autores demuestran vasta erudición y un criterio médico sano y profundo, carecen de la originalidad que se

buscaba, así en la parte especulativa como en la práctica y de investigación; no hallándose en tales trabajos progreso alguno, que les haga acreedores al Premio ni al Accésit; mereciendo, sin embargo, una *Mención honorífica*, como testimonio de laboriosidad, ilustración y amor á la ciencia:

Considerando, que la Memoria acerca del *Valor de los Sanatorios marítimos en la profilaxis de la Tuberculosis*, resulta tan incompleta y deficiente, que la Sección de Higiene no la ha estimado digna de distinción alguna:

Considerando que de las cuatro obras recibidas en opción al Premio Rubio, la que lleva por título, *Estudio de los principios activos de las Plantas medicinales*, se distingue por la amplitud con que se describen los caracteres y aspectos químicos, farmacéuticos y terapéuticos de los alcaloides y glucósidos, ó sean, las substancias activas de los vegetales que se emplean en Medicina; consignándose observaciones, casos clínicos y reflexiones originales; todo lo cual da á la obra en cuestión superioridad y preferencia sobre las otras tres presentadas al concurso, y la hace merecedora del Premio:

Considerando, que de los dos Profesores aspirantes al Premio Calvo, el uno no ha acreditado ninguna de las condicciones que exigió el fundador, dejando de presentar la Memoria correspondiente; en tanto que el otro ha probado con documentos fehacientes que reúne dichas condiciones, habiendo acompañado una Memoria sobre epidemia de *Sarampión*, en que se describen los principales caracteres de la dolencia, con expresión del número de atacados y de fallecidos, así como de la medicación que fué más provechosa; cuyo mérito es suficiente para el objeto á que se destina;

La Academia acuerda:

1.° Que no há lugar á conceder Premio ni Accésit á ninguna de las Memorias presentadas en opción á los Premios de la Academia en el concurso de 1904.

2.° Que se otorgue Mención honorífica á los autores de las Memorias señaladas con los siguientes lemas:

«Amaos los unos á los otros: el que renuncia á la guerra, renuncia á la vida.»

«Naturam morborum ostendunt causæ.»

3.° Que se adjudique el Premio Rubio á D. Emilio Pérez Noguera, por su obra, «Estudio de los principios activos de las Plantas medicinales;» y el Premio Calvo á D. Gaspar Fisac y Orovio, Médico titular de Daimiel.

Abiertos por el señor Ministro los pliegos correspondientes á las Memorias señaladas con los lemas, *Amaos los unos á los otros: el que renuncia á la guerra, renuncia á la vida;* y *Naturam morborum ostendunt causæ*, resultó ser autor de la primera, Don Alberto Macías Picavea, Médico primero de la Beneficencia municipal de Valladolid, y de la segunda D. Manuel Lozano y Ugias, Licenciado en Medicina, residente en Villanueva de la Serena.

Llamados dichos señores, así como D. Emilio Pérez Noguera y D. Gaspar Fisac y Orovio, no se presentaron á recoger sus Premios ó Menciones; pasando los correspondientes documentos á la Secretaría de la Academia, para entregárselos cuando reclamen.

Leído el Programa de Premios para los años de 1905 y 1906,

El señor Ministro de Instrucción pública y Bellas Artes dió gracias á la Academia, por el honor que le había dispensado, invitándole á esta solemnidad, que le había sido muy grata; felicitó cordialmente á los Sres. Iglesias y Cortezo por sus Discursos, agradeciendo en nombre de S. M. el Rey el recuerdo del Secretario perpetuo por la visita regia, así como la parte que la Corporación había tomado en el duelo nacional por la muerte de S. A. R. la Serma. Sra. Princesa de Asturias, ofreciendo á la Academia su incondicional apoyo, para cuanto fuere necesario.

El señor Presidente de la Academia (Sr. Calleja) agradeció al señor Ministro su asistencia á esta sesión solemne, sus felicitaciones y sus ofrecimientos; suplicándole la más decidida protección del Gobierno de que forma parte para las ciencias positivas, que han menester del auxilio oficial en mayor extensión que las filosóficas, las morales y las políticas.

El señor Ministro prometió de nuevo cuanto estuviera en sus facultades en favor del progreso y cultivo de todas las ciencias,

y especialmente de las indicadas por el señor Presidente de la Academia; deseando probarlo con hechos, no con palabras.

Dicho señor Ministro, en nombre de S. M. el Rey D. Alfonso XIII, declaró inauguradas las sesiones de la Academia en el año de 1905, y levantó la sesión.

Madrid, 29 de Enero de 1905.—*El Presidente*, Julián Calleja.—*El Secretario perpetuo*, Manuel Iglesias y Díaz.

ACTAS DE SESIONES LITERARIAS

I

SESIÓN DEL 4 DE FEBRERO DE 1905

Abierta á la hora señalada, se leyó y fué aprobada el acta de la celebrada el 25 de Julio de 1904.

Después se dió cuenta de los impresos recibidos desde dicha fecha, enterándose la Academia con satisfacción.

El Secretario que suscribe leyó una Nota, referente á la obra «Movimiento de la población de España en el año de 1901,» que consta en la página 35.

El Sr. Espina, en consideración de la importancia de la Nota del Sr. Iglesias, propuso que se adquiriera un ejemplar de la obra para cada Académico, y que se imprimiera dicha Nota, á fin de que pudiera ser bien conocida y estudiada antes de someterla á discusión; pudiendo adelantarse la impresión del próximo cuaderno de los Anales en ese particular.

El Sr. Presidente (Calleja) expuso consideraciones de orden económico, que se oponían á los deseos del Sr. Espina; ofreciendo, sin embargo, complacerle en cuanto fuera dable, y declarando desde luego que la obra y la Nota quedarían sobre la mesa, por todo el tiempo que se estimara necesario.

El Sr. Sánchez Rubio leyó parte de una comunicación sobre la *Higiene en las Enfermedades*, que consta en la página 44.

Suspendida la lectura, para continuarla en la sesión próxima, se concedió la palabra, para tratar del *Análisis de la sangre en el diagnóstico quirúrgico*,

Al Sr. Ribera. Empezó manifestando que, á pesar de los progresos de la Medicina, puede decirse que en no pocos asuntos nos hallamos en pleno reinado de la patología celular, con la leucocitosis y la leucocitemia, por ejemplo; que en la tesis de su discípulo, el Dr. Palancar, sobre laparotomía en las tuberculosis peritoneo-intestinales, se explicaba la curación por la leucocitosis que despierta el acto quirúrgico; que el Dr. Villa, Catedrático de Valladolid, ha analizado la sangre antes y después de las operaciones; que en su clínica de esta Facultad se han hecho más de 200 investigaciones en serie, respecto al estado de la sangre, en año y medio; y que en la *Apendicitis* se han realizado también análisis, cuyo valor no es posible apreciar, hoy por hoy, con toda seguridad.

Añadió que el análisis de la sangre en cirugía puede aplicarse, ante todo, al diagnóstico, á la explicación de los fracasos operatorios, dando la medida de la resistencia de los operados, y como elemento de pronóstico después de las operaciones.

Citó un caso de tnberculosis peritoneo-intestinal, en que se practicó la laparotomía, habiéndose hallado 6.100 leucocitos antes de la operación, y de 3.500 á 7.600 después, no encontrando la explicación que se buscaba, puesto que no hubo aumento notable y constante de leucocitos.

En un segundo caso se demostraron 5.600 leucocitos antes de la operación y 10.000 después; en un tercero, 9.600 y 14.000 respectivamente; y en otro, 9.000 y 11.000; pudiendo deducirse que la teoría que explicaba la curación de la tuberculosis peritoneo-intestinal por la laparotomía, en virtud de la leucocitosis intensa que se desarrollaba, no es cierta, puesto que en el estado normal pueden llegar los leucocitos á 20.000, y que no se ha hallado un aumento permanente.

El Sr. Ribera creyó que el análisis de la sangre pudiera ser de utilidad para el diagnóstico de las enfermedades del bazo y

de los ganglios linfáticos, y citó un caso en que, existiendo dudas sobre la naturaleza de una esplenopatía, se practicó el estudio de la sangre, encontrando 547.000 glóbulos blancos y 45 de hemoglobina. Practicada una operación, después de muchas vacilaciones, que consistió en herida exterior, fijando á ella el bazo, y rellenando con gasa antiséptica, se encontraron 1.600.000 leucocitos y 15 de hemoglobina inmediatamente después del acto quirúrgico; salió sangre y lodo esplénico, y la operada murió al poco tiempo.

Aseguró que lo más importante es el examen de la sangre en las reacciones agudas, porque puede servir para descubrir la existencia del pus, mejor que con las variaciones de temperatura; y tratando de la *Apendicitis*, expuso tres casos, que se curaron sin operación, á pesar de que algunos profesores la creyeron indicada.

Habló á continuación del examen de la sangre para el diagnóstico de los *quistes hidatídicos;* llamó la atención sobre la circunstancia de que de seis casos, que se creyeron de quistes, referidos en el Congreso francés de Cirugía, resultó uno de cáncer; trató de la *eosinofilia* como elemento de diagnóstico de los quistes hidatídicos; y expuso una observación de tumor del bazo, en que, habiéndose creído en la existencia de hidátides, la operación no confirmó el juicio que se había formado.

Al llegar á este punto el Sr. Ribera, suspendió su discurso, por haber transcurrido el tiempo reglamentario; quedando en el uso de la palabra para la sesión próxima, y levantándose la de hoy.

II

SESION DEL 11 DE FEBRERO DE 1905

Leída y declarada conforme el acta de la sesión anterior,

El Sr. Sánchez Rubio terminó la lectura de su comunicación sobre la *Higiene en las enfermedades.*

No habiendo ningún señor Académico que pidiera la palabra sobre el asunto,

El Sr. Presidente dió gracias al Sr. Sánchez Rubio por la presentación de su interesante trabajo, y le felicitó en nombre de la Academia por la copiosa y fecunda doctrina que contenía.

El Sr. Ribera reanudó su interrumpido discurso sobre el *Análisis de la sangre en el diagnóstico quirúrgico.*

Aseguró que en muchos casos de *quistes hidatídicos del hígado,* no hay *eosinofilia,* mientras que en otros llega á 2, 3, 5 y 8 por 100; habiéndose hallado esta cifra en un quiste supurado y operado.

Dió noticia de un caso de *Apendicitis* en un niño de seis años, que ingresó en su clínica al siguiente día de la sesión anterior, con fenómenos locales alarmantes y 28.000 leucocitos en la sangre, estando regularizados el pulso y la temperatura. Prescribió fomentos calientes, y se decidió desde luego por no operar; habiendo bajado la cifra de los leucocitos, y logrado el restablecimiento del enfermo en breve plazo, sin operación.

Respecto á las heridas penetrantes de vientre, citó una observación, en que existía zona sonora en lugar de la maciza del hígado, y 20.000 leucocitos. Se decidió por la no intervención quirúrgica, á pesar de la reacción peritoneal que se iniciaba; y el enfermo salió de la clínica perfectamente curado, disminuyendo pronto los leucocitos, y habiendo siempre concordancia entre el pulso y la temperatura.

El Sr. Ribera habló después de las infecciones agudas, exponiendo dos casos de extirpación extensa del estómago, correspondientes al curso anterior. En el uno, en que fué preciso extirpar parte de las paredes torácicas, se hallaron 13.000 leucocitos antes de la operación, y 30.000 después, coincidiendo este aumento con elevación de temperatura; hubo necesidad de extirpar algo del páncreas, rasgando éste; y la operada murió, encontrándose un absceso en el vientre. En otro caso se hallaron 10.000 leucocitos antes de la operación, y 18.000 después; no habiéndose ejecutado nuevo acto quirúrgico, y lográndose un éxito satisfactorio.

En lesiones vaginales y de la cavidad pelviana de importancia, con gangrena externa, no se halló aumento considerable

de leucocitos; en tanto que en una infiltración de orina con gangrena escrotal se demostraron 11.800 leucocitos: todo lo cual es prueba de que se trata de un asunto que se debe seguir estudiando.

En las tuberculosis quirúrgicas de los niños no supuradas se han encontrado 7.100 y 5.000 leucocitos; en las articulares sin supuración, nada; en los abscesos, grandes variaciones, y en una coxo-tuberculosis, con absceso cerrado, se hallaron 10.100 leucocitos, y recogido el pus, se vió por el cultivo que era debido á estafilococos, llegando á 17.000 los leucocitos; pudiendo asegurarse que en las tuberculosis supuradas no suele haber notable aumento de leucocitos.

A continuación trató el Sr. Ribera del *Análisis de la sangre en los tumores benignos y malignos*, y dijo que en los fibromas, lipomas y adenomas no hay reacción leucocitaria; sucediendo lo contrario en el sarcoma y en el epitelioma, y citando casos de sarcoma con 12.000, 5.000, 11.000 y 8.000 leucocitos, y de epitelioma con 12.000, 10.000 y 6.000: todo lo cual prueba que no son decisivos tales caracteres, y que debe estudiarse la diferente forma de los glóbulos en los tumores malignos.

Citó el caso de una enferma de estómago, con 55 de hemoglobina, 4.300.000 de glóbulos rojos, 4.500 de leucocitos, y alteración de forma y de tamaño de los primeros. Había antecedentes de anemia y de clorosis, dolores intensísimos, que impedían la exploración, intolerancia para los alimentos, alteración del jugo gástrico y adherencia del tumor á las paredes abdominales. Hecha la cloroformización, se vió que el estómago era bilobular, y que el tumor había englobado el píloro y el duodeno. Se hizo gran extirpación, uniendo el cardias con el duodeno: los glóbulos rojos bajaron á 2.500.000 y la hemoglobina á 32, siendo 11.000 los leucocitos. La enferma curó.

El Sr. Ribera sostuvo que cuando hay disminución grande de hemoglobina y de glóbulos rojos, puede creerse que no habrá gran resistencia para las intervenciones quirúrgicas, si bien se dan casos en que no se cumplen tales presunciones, como sucedió en una hemorragia considerable de la femoral, en que se logró la curación.

Refirió la historia de una luxación subclavicular del hombro, en que no se podía practicar la reducción. La saugre era normal, con 4.500 leucocitos. Hubo necesidad de seccionar el húmero por debajo de su cabeza; sobrevino hemorragia enorme, que se cohibió con la ligadura de la axilar, seccionando el pectoral mayor, y los leucocitos llegaron á 30.000; hemoglobina, 60; y glóbulos rojos, 3.200.000. Se presentó después gangrena del brazo extensa; la hemoglobina bajó á 40, y los glóbulos á 2 millones y medio; se desarticuló el hombro, descendiendo á 900.000 los glóbulos rojos; y se logró, por fin, la curación.

El Sr. Ribera dió noticia de dos casos de desarticulación coxo-femoral, llegando en uno los leucocitos á 75.000, y alcanzándose un éxito satisfactorio.

Terminó manifestando: que el *Análisis de la sangre* ha suministrado datos interesantes para el diagnóstico quirúrgico, pero no decisivos; debiendo continuar las investigaciones, para desvanecer las dudas que hoy existen.

Hallándose enfermo el Sr. Espina, que debía disertar acerca de la *Nefritis* y la *Nefrina*, tema de discusión, que quedó pendiente en el año anterior; y estando para terminar la hora reglamentaria, se levantó la sesión.

III

SESION DEL 18 DE FEBRERO DE 1905

Abierta á la hora designada, se leyó y declaró conforme el acta de la anterior.

El Sr. Espina presentó una *Escupidera de agua corriente*, que se ha de colocar en el Consultorio del Hospital General. Consta de una pieza de porcelana, por la cual se reparte el agua en toda su superficie, suprimiendo obstáculos para que salga el esputo, y exigiendo agua de presión. Lleva un rótulo que indica su objeto.

Se ha construído en esta corte, cuesta unas 40 pesetas, y 2

pesetas 50 céntimos mensuales el agua. El tubo de porcelana está lleno de agujeros para la salida y evaporación de líquidos y esputos.

El Sr. San Martín expuso un caso de Cirugía gástrica, que ha recaído en una mujer de cincuenta y tres años, de la provincia de Toledo, de pocas carnes y excelente complexión.

Hizo consideraciones sobre la gastro-enterostomía y la resección del estómago, declarándose radical en tales intervenciones quirúrgicas. Dijo que la gastro-enterostomía está desacreditada en el *cáncer;* que en la úlcera gástrica va ganando terreno la resección, y perdiéndole la gastro-enterostomía; que la resección es susceptible de muchos grados, desde la incompleta y circunscrita hasta la completa; que se puede separar un anillo en la parte de estómago más sufrida y tolerante, que es el píloro, aumentando la gravedad en el tercio izquierdo de la corvadura menor; que las resecciones próximas al cardias son las más graves y excepcionales; que la extirpación del píloro es operación perfectamente practicable y soportable; y que la resección de la mitad izquierda del estómago da una mortalidad de 40 á 50, pudiendo llegar á 60 ó 70 por 100.

Añadió que no debía admitirse sino la extirpación total del estómago, siguiendo el principio general de separar todo el órgano enfermo; y que no debe confiarse principal ó exclusivamente en la técnica operatoria, sino fijarse, además, en otros aspectos.

El Sr. San Martín consignó después, que la enfermedad de que se trata empezó, hace medio año, con digestiones difíciles, peso de estómago, tumor en la región epigástrica, sin vómitos ni dolores, y que la enferma perdió el apetito y se demacró. Vino á Madrid, observándose un tumor que ocupaba casi todo el epigastrio, pulso filiforme y 33 kilos de peso total.

Se creyó preferible una operación en dos tiempos, para disminuir las fatales consecuencias del insulto traumático en conjunto; combinando la gastro-enterostomía y la resección en la primera sesión, y dejando lo restante para la segunda.

El Sr. San Martín abrió el vientre el 26 de Noviembre, viendo que la lesión era difusa; hizo la sección de la corvadura

menor, suturando como Billroth, y dejando una abertura en la parte inferior para una sonda; seccionó el yeyuno y el duodeno, haciendo las correspondientes anastómosis; cerró la mitad enferma, introduciendo una sonda hasta el duodeno para la alimentación, y resultó la sección de la mitad del estómago, excluyendo á la otra mitad.

La operada se halló en situación muy alarmante, con 130 á 140 pulsaciones, 38°,8 de calor y gran sopor; se la sostuvo con suero, y al tercer día se la introdujeron por el tubo 100 gramos de café con leche, continuando la alimentación en los días sucesivos con la debida prudencia.

El Sr. San Martín dibujó en un encerado las principales condiciones de la enfermedad y de la operación, y presentó á la operada, que fué examinada por los señores Académicos.

Después expuso las ventajas de que las operaciones graves se ejecuten en dos tiempos. La primera es, que el riesgo disminuye en un 50 por 100, simplificándose el segundo acto quirúrgico de una manera notable. La segunda ventaja procede de que, hoy por hoy, nadie se atrevería á dejar un estómago fuera del vientre, *sin contar con una instalación de baño termal permanente*, como en realidad no se cuenta en la mayoría de los países. La tercera es, que el tubo para la alimentación resulta muy necesario; y la cuarta, que disminuyen las adherencias por la tracción lenta y suave, consecuencia del primer acto quirúrgico.

Respecto á la primera ventaja, ó sea aminoramiento del riesgo, el Sr. San Martín consignó las ideas de Rydigier, con las que se halla enteramente de acuerdo, sosteniendo que rara vez será necesario ni conveniente llegar á la extirpación completa del estómago; que el organismo defiende mejor lo enfermo que lo sano; y que en muchos casos el operado se satisface con los buenos efectos de la primera operación, no decidiéndose por la segunda.

Terminó manifestando: que á las dos ó tres semanas de la operación separó la sonda, por considerarla ya innecesaria; que han transcurrido ya meses después del acto quirúrgico, y la enferma desea vivamente que se realice el segundo ó definitivo;

que el tumor no ha crecido, ni se han presentado dolores ni vómitos; que la enferma digiere ahora bastante bien; que después del primer tiempo de estas operaciones se puede aclarar el diagnóstico, lo cual constituye una garantía digna de toda consideración; y que las adherencias son siempre un gran contratiempo.

Estando para terminar el tiempo reglamentario, el señor Presidente anunció, que en la sesión próxima se discutiría este asunto, si los señores Académicos pedían la palabra con tal objeto; levantándose la sesión.

IV

SESIÓN DEL 25 DE FEBRERO DE 1905

Abierta á la hora señalada, se leyó y aprobó el acta de la anterior.

El Sr. Espina hizo uso de la palabra para llamar la atención de la Academia sobre la *herencia de la hemorragia cerebral*, con motivo de un enfermo de su clínica del Hospital General, que padeció el primer ataque de *apoplejía* á los diez y ocho años, repitiéndose recientemente, y habiéndola sufrido sus padres, dos hermanos y un primo, según el *árbol genealógico* que presentó, y que fué examinado por los señores Académicos.

Reanudado el debate sobre el *Tratamiento de la Nefritis por la Nefrina*, se concedió la palabra, por tenerla pedida desde el año académico anterior,

Al Sr. Espina. Hizo la historia de las diversas especies y variedades de *Nefritis*, comprendiendo las que pueden ser consecuencia de la intoxicación clorofórmica, de las enfermedades cardiacas, de las supuraciones, y las que se observan antes de la muerte; fijándose en los aspectos sintético y analítico de tales estados morbosos en los diversos períodos de tiempo, así como en las lesiones que determinan, análogas á las de los padecimientos del hígado, y estudiando la fisiología del riñón, su

secreción excrementicia ó interna, la *crioscopia* y la distribución de las arterias en el parénquima del órgano.

Añadió, que en las afecciones cardiacas todos los órganos sufren las alteraciones materiales correspondientes; que hay ocasiones en que no se eliminan por la orina los principios acostumbrados, reduciéndose todo á la filtración del agua de la sangre; que en las esclerosis renales deben conocerse las endo y las periarteritis; y que hay grandes dificultades para llenar las indicaciones, por las numerosas variedades de nefritis que ofrece la práctica.

Consignó después, que la *Nefrina* aumenta unas veces la secreción de orina, y otras la disminuye, no pudiendo, por tanto, considerarse como un *diurético*, sino como un regulador de la secreción urinaria; que en el 40 por 100 de casos dicho medicamento disminuye la albúmina de la orina, haciendo desaparecer los síntomas tóxicos, que vuelven á presentarse cuando se suspende el uso de la *Nefrina;* y que deben tenerse muy presentes las propiedades y caracteres de las substancias coagulantes y coloideas.

El Sr. Espina terminó manifestando: que el uso terapéutico de la *Nefrina* ha de considerarse en período de franca revisión; que debe volver al Laboratorio, para emprender nuevas investigaciones en los animales superiores, como los cuadrumanos, estudiando principalmente las *precipitinas;* que en una extirpación de un riñón calculoso se ha restablecido el operado, y vive con un solo riñón; y que es indudable la acción reguladora de la función renal en todos los albuminúricos, como sucede generalmente con la medicación opoterápica.

El Sr. Codina, después de felicitar al Sr. Espina por haber aportado al debate ideas tan novísimas, como el *nuevo estado coloidal* y las *precipitinas*, sostuvo que antes de pasar á la clínica la Nefrina, había sido estudiada en el Laboratorio, y que los fenómenos tóxicos debidos á la lesión renal, se combaten con la Nefrina, porque es un modificador de la secreción interna del riñón.

Aseguró que todas las ideas patogénicas de las Nefritis, así como las terapéuticas, se van modificando por la importancia

que se atribuye á las *cápsulas supra-renales;* habiéndose supuesto que toda Nefritis exige, como alteración previa, la lesión capsular; que ésta es también la causa de la hipertensión vascular y de la sintomatología de la Nefritis; que en el embarazo hay también exceso funcional de las cápsulas, neutralizándose sus efectos en las condiciones normales; que la anuria y la albuminuria son producidas por los cambios de las cápsulas, y que la dieta láctea neutraliza los efectos del exceso de acción de las mismas.

El Sr. Codina trató después de las intervenciones quirúrgicas en las Nefritis agudas y crónicas, y sostuvo que en el primer día de las agudas, cuando se observa fiebre alta, dolor y oliguria, no debe intervenirse quirúrgicamente, puesto que se curan con facilidad; y que en las Nefritis crónicas el problema es más difícil de resolver, siendo, en su opinión, pocos los casos en que deberá apelarse á la Cirugía, por no constituir los medios quirúrgicos un tratamiento curativo, á no ser en ciertas agudizaciones, en que podrían ser necesarios.

Citó la observación de una joven de catorce años, hija de un empleado del Hospital General, afectada de *estrechez uretral*, ligada probablemente á sífilis hereditaria, con manifestaciones de infantilismo, ahogos, palpitaciones y edemas; no habiéndose hallado albúmina ni cilindros en la orina. Sufrió un acceso de *hemiparesia urémica* del lado derecho, y se demostraron de 10 á 12 gramos de albúmina en la orina, y cilindros granulosos. Administrada la *Nefrina* del Dr. Turró, á la dosis de 30 gotas, cuatro veces al día, se observó á las veinticuatro horas una gran mejoría, así en el estado de la inteligencia como en el movimiento de las extremidades y en el uso de la palabra; y á los dos días una modificación completa de todo el cuadro morboso, volviendo la enferma á su estado habitual. El efecto terapeuta de la Nefrina pareció indudable y beneficioso, no debiendo atribuirse la mejoría á la espontaneidad de la naturaleza, como alguien pudiera creer.

En otro caso, referente á una señora de bastante edad, de talla muy pequeña, afectada de *esclerosis renal muy acentuada*, y con comas urémicos muy frecuentes, se han empleado las

inyecciones hipodérmicas de suero y la Nefrina; habiéndose logrado que transcurran ocho meses sin que se presente el coma urémico, que la enferma recobre fuerzas, saliendo á la calle, y haciendo su vida ordinaria. Todo prueba la eficacia de la opoterapia y su acción sustitutiva.

No habiendo ningún señor Académico que deseara hablar sobre el tratamiento de la *Nefritis por la Nefrina*, se dió por terminado este debate.

Puesto á discusión el caso de *Resección de Estómago*, expuesto en la sesión anterior por el Sr. San Martín, usó de la palabra

El Sr. Jiménez. Manifestó que su principal propósito era, exponer algunas observaciones y aclaraciones sobre el problema de las grandes operaciones en dos tiempos, por entender que si en algunos casos, como en ciertas desarticulaciones y operaciones craneales y renales, puede ser conveniente tal procedimiento, en otros deberá obrarse de muy distinta manera, limitando la operación á un solo acto, para evitar riesgos y peligros de no escasa significación.

Sostuvo que, tratándose del *carcinoma*, la operación en dos sesiones puede ofrecer graves inconvenientes, porque de la primera á la segunda existe la posibilidad de que se extienda la enfermedad, y aun que afecte al organismo entero; que en muchos casos la operación en un solo tiempo es más radical y más eficaz; que no debe despreciarse la intoxicación que el cloroformo determina, á fin de no repetirla más veces de las necesarias; y que la perfección de latécnica, que es la consecuencia del progreso de la ciencia y del arte, permiten realizar en breve tiempo operaciones quirúrgicas que, en época anterior, resultaban largas y peligrosas.

Transcurrido el tiempo reglamentario, se suspendió este debate, quedando en el uso de la palabra para la sesión próxima el Sr. Jiménez, y levantándose la de hoy.

V

SESIÓN DEL 4 DE MARZO DE 1905

Leída y declarada conforme el acta de la anterior,

El Secretario *que suscribe* leyó la Nota sobre la obra, *La Anquilostomiasis* ó *Anemia de los mineros,* por los Sres. D. Mariano y D. Juan González, que consta en la página 62.

Se reservó la palabra al Sr. González Alvarez, para hacer observaciones sobre el asunto en la sesión próxima.

Reanudado el debate acerca del caso de *Resección de Estómago,* expuesto por el Sr. San Martín,

El Sr. Jiménez, que se hallaba en el uso de la palabra, insistió en los inconvenientes que ofrecen las operaciones en dos tiempos, por las pérdidas de sangre y de inervación á ellas inherentes; sosteniendo que no es factor de gran importancia el alimentar á los operados, en las primeras horas que siguen al acto quirúrgico, pudiendo pasarse cuarenta y ocho, y aun setenta y dos horas, con enemas alimenticios é inyecciones de suero artificial; y ofreciendo á veces grandes inconvenientes y hasta peligros la alimentación exagerada ó inconveniente.

Añadió que la sutura se adhiere muy pronto; que el diagnóstico es siempre difícil, tomándose á veces por neoplasia maligna una flegmasía gástrica ordinaria, como le había ocurrido en algún caso; y que en una enferma con carcinoma, analizado y declarado tal por el Sr. Cajal, hizo la laparotomía exploradora, remitiendo todos los síntomas, y habiendo transcurrido ya año y medio en estado satisfactorio.

Terminó manifestando: que el mayor inconveniente de las operaciones en dos tiempos, cuando se trata de carcinomas, es que se despierten mayores actividades después del primer acto, estableciéndose adherencias á la pared abdominal, al páncreas, al riñón y á otros órganos, que hacen el caso inoperable; que, en general, la operatoria ha de ser rápida, para extirpar, lo

más pronto que posible sea, todo lo enfermo; y que el caso expuesto por el Sr. San Martín puede aceptarse como exigencia de la clínica, teniendo sus limitaciones en tesis general.

El Sr. Ribera se hizo cargo, ante todo, de los términos en que se había expuesto el caso clínico, las denominaciones de la intervención quirúrgica, y las difíciles y numerosas cuestiones que se han planteado al hacer la exposición.

Citó un enfermo, que se presentó en su clínica en el mes de Noviembre último, con dolores epigástricos, imposibilitado de introducir una sonda esofágica y síntomas de epitelioma, en que hizo la laparotomía y buscó un asa del yeyuno; de otro con epitelioma del ciego, en que practicó también la laparotomía, con sección y sutura de la extremidad inferior del íleon; y de un tercero, con localizaciones en el recto y vejiga urinaria, en el que hizo un ano iliaco externo, que convirtió en definitivo más tarde; excluyendo en el primer caso el estómago, en el segundo el ciego, y en el tercero la vejiga urinaria.

Sostuvo que el caso expuesto por el Sr. San Martín era de *exclusión de píloro,* operación bien conocida y practicada, según diversos procedimientos; que la extirpación del estómago podía ser total, sub-total, parcial ó ambas, según las circunstancias, haciendo ó no la cardiectomía y la pilorectomía; que debían discernirse los casos en que estaban indicadas la gastrectomía ó la gastro-enterostomía; y que tratándose del cáncer, la gastrectomía había dado una mortalidad de 33 por 100, al paso que en la gastro-enterostomía era de 44.

El Sr. Ribera añadió: que, por punto general, se ha pronunciado siempre contra las operaciones en dos tiempos, aun tratándose de los *quistes hepáticos,* según consignó en su Discurso de recepción en esta Academia, y de la *desarticulación inter-íleo-abdominal,* pues en ésta, si se dejan pasar ocho días después de la ligadura de las arterias iliacas, se restablece la circulación colateral, y se presenta la hemorragia en la segunda sesión, que había querido evitarse. Sin embargo, de temerse la gangrena de la extremidad ó de los colgajos en dicha desarticulación, podría pensarse con razón en la ligadura previa de las iliacas; sucediendo algo análogo en ciertas laparotomías por gran tim-

panismo, en que podrán ser necesarios los dos tiempos y la práctica de un *ano iliaco*.

Dijo después que la enferma del Sr. San Martín ofrecía adherencias de su neoplasia, el día en que fué presentada á la Academia, mientras no las tuvo al practicarse la primera y única operación, puesto que el tumor estaba libre; que si se tratase de lesiones no malignas, comprendería la intervención quirúrgica en dos tiempos; que en realidad todo se ha reducido aquí á un método de *exclusión de píloro*, suficientemente conocido, y nada más; que los epiteliomas gástricos se hacen inoperables, cuando tienen grandes adherencias, sobre todo con el páncreas; y que durante la primera sesión operatoria puede analizarse en cinco minutos el tumor, para discernir su naturaleza.

El Sr. Ribera terminó su Discurso, insistiendo en los inconvenientes que ofrecen las operaciones en dos tiempos, y en las ventajas de practicar la gastro-enterostomía, por el procedimiento de Roux, en veinticinco ó treinta minutos; llamó de nuevo la atención acerca de las condiciones del tumor en cuestión, que antes era libre, y ahora presenta adherencias, que le colocan en situación desfavorable; y sostuvo que el cáncer ha ido creciendo y extendiéndose, sin que haya influído en este fatal resultado la operación practicada, que no fué de *Resección de Estómago*, sino de *exclusión de píloro*.

Transcurrido el tiempo reglamentario, se levantó la sesión.

El Secretario perpetuo,
MANUEL IGLESIAS Y DÍAZ.

PREMIOS DE FUNDACIONES EN 1904

I

Informe de la Comisión del Premio Rubio.

La Comisión del Premio Rubio se ha hecho cargo de las cuatro obras presentadas al concurso del año de 1904; y después de haberlas examinado detenidamente, y deliberar acerca de su mérito, tiene el honor de someter á la Academia el siguiente informe:

Se han presentado las siguientes obras:

La enfermedad de moda. Monografía de la Tuberculosis, por D. Severiano Lorente: Buenos Aires, 1902.

Manual de Química Médica, por D. José González Granda: Cádiz, 1901.

Ligeras nociones de Microbiología, por D. Julián Guzmán de Urssúa: Segovia, 1901;

Y *Estudio de los principios activos de las Plantas medicinales*, por D. Emilio Pérez Noguera. Dos tomos: Madrid, 1901 y 1902.

La *Monografía de la Tuberculosis* consta de 242 páginas en 8.° Afirma el autor que la tuberculosis es el peor enemigo de nuestra época, que ocasiona en Europa un millón de víctimas al año; no es enfermedad autóctona, sino una terminación de gran número de dolencias, y contra ellas deben establecerse ligas en todos los países; que es un proceso de naturaleza infecciosa, debido á la pululación del bacilo de Koch, del que podemos precavernos, y que es susceptible de curación; que debemos defendernos de las asechanzas de la herencia y de los riesgos del contagio; que éste tiene lugar por la inspiración y asimilación de la simiente morbosa, y que para la vegetación del bacilo es necesario el previo consentimiento del organismo. Que como causas favorables para el desarrollo del mal, son muy importantes la miseria orgánica y todas las que contribuyen á debilitar la

economía animal, contando la naturaleza y el arte con suficiente energía para la curación; lo cual, dice, está admitido por todos, puesto que en los Sanatorios se han curado el 80 por 100 de los tísicos. Enumera los síntomas con que puede formarse el diagnóstico precoz; respecto á la Terapéutica, consigna que ésta debe basarse en *la aireación, la alimentación y el reposo*, todo lo cual debe practicarse en los Sanatorios; y termina asegurando que, mientras haya miseria é ignorancia, habrá tísicos; y que ocasionando la enfermedad disminución de población y riqueza, la campaña contra dicho mal constituirá un buen negocio para los países que entiendan sus intereses.

El *Manual de Química Médica* es un librito de 126 páginas, y trata de varias cuestiones de Química biológica, relativas á la orina, sudor, secreción sebácea, leche, semen, huevo, saliva, bilis, jugos gástrico, pancreático é intestinal, serosidad, sinovia, cerumen y lágrimas. Resulta un estudio abreviado de una de las secciones más importantes de la Química biológica, y el autor confiesa que su obra es un extracto de lo consignado en libros y revistas.

Las Ligeras Nociones de Microbiología forman un tratadito de 240 páginas en 4.° El prólogo está dedicado á los Médicos rurales, y en diez capítulos trata de la historia y concepto de la Microbiología, de los monoplasmoides, como agentes patógenos y biógenos, y de las Micropatías desde sus aspectos diagnóstico, pronóstico y terapéutico. Y se ocupa de tan interesantes asuntos de una manera elemental.

El *Estudio de los Principios Activos de las Plantas Medicinales*, por D. Emilio Pérez Noguera, es una extensa obra, en dos tomos, el I de 802 páginas, y el II de 816, en 4.°, impresa en Madrid en 1901 y 1902. En la introducción, después de afirmar que los alcaloides, glucósidos, principios amargos y cuerpos neutros constituyen los principios activos de las plantas medicinales, y á que ellos deben sus efectos tóxicos y medicamentos, se exponen las ventajas que dichos principios tienen sobre los preparados galénicos. La obra está dividida en tres partes: la 1.ª trata de los alcaloides; la 2.ª de los glucósidos, y la 3.ª de los principios amargos y cuerpos neutros; y en un

Apéndice se estudian los resinoides. Se exponen generalidades acerca de los alcaloides, y en su descripción se sigue el orden por familias botánicas.

En el estudio de cada alcaloide se consignan los caracteres y propiedades físico-químicas del principio activo, su procedencia, procedimientos para su obtención, composición química, sus sales, la intoxicación, acciones fisiológica y terapéutica, exponiendo las enfermedades en que se consigue mejor resultado, las dosis y modo de administración, y un extenso formulario.

El desarrollo del artículo se halla en relación con la importancia del principio que se estudia, siendo, por tanto, muy detallados los correspondientes á la cocaina, quinina, morfina, aconitina, pilocarpina, estricnina, atropina, cafeina, heroina, etc.; y, en cambio, sólo hace ligera mención de los alcaloides de escasa importancia terapéutica.

Siguiendo el mismo orden, se trata en la segunda parte de los glucósidos; siendo notables los artículos referentes á la digitalina, estrofantina, adonidina y convalamarina. La tercera parte está dedicada á los principios amargos y cuerpos neutros, siendo los más importantes la cuasina, santonina, papaina y agaricina, y en un Apéndice se estudian los resinoides.

En esta obra no se limita el Sr. Pérez Noguera á la exposición y estudio de tan numerosos principios (cuyo número se eleva á 184 alcaloides, 122 glucósidos, 90 principios amargos y cuerpos neutros, y 14 resinoides), pues el autor emite su opinión, al tratar de la acción fisiológica de varios principios medicinales, y especialmente al ocuparse de las indicaciones de los mismos, citando observaciones propias.

Considerando que la *Monografía de la Tuberculosis* es una obra de reducidas dimensiones, en que se consignan conocimientos que son del dominio general de la clase médica, y que no puede calificarse de mérito sobresaliente:

Considerando que el *Manual de Química Médica* es un libro de 126 páginas, acerca de una de las secciones de la Química biológica, cuyo trabajo resulta casi exclusivamente un extracto de lo consignado en obras y revistas, sin que en él se encuen-

tre más originalidad que en lo referente á la forma en que se expone:

Considerando que las *Ligeras nociones de Microbiología* tienen por objeto divulgar este género de conocimientos modernos, manteniéndose el autor en los estrechos límites de ligeras nociones, por lo cual la mayoría de los asuntos se tratan elementalmente:

Y considerando que el *Estudio de los principios activos de las plantas medicinales* es una obra extensa, en que se describen, desde los aspectos químico, farmacodinámico y terapéutico, los alcaloides, glucósidos, principios amargos, cuerpos neutros y resinoides, es decir, todas las substancias activas de los vegetales de aplicación médica. Teniendo en cuenta, además, que dicha obra no es una sencilla recopilación de los conocimientos que poseemos en la actualidad sobre el particular, puesto que el autor estampa observaciones y reflexiones propias y casos clínicos al ocuparse de diversos principios, que dan carácter de originalidad al libro, superior en mérito á los demás presentados al concurso;

La Comisión es de dictamen, que debe otorgarse el Premio Rubio, correspondiente al año de 1904, á D. Emilio Pérez Noguera, por su obra, *Estudio de los Principios Activos de las Plantas Medicinales.*

La Academia, con su superior ilustración, resolverá lo más acertado.

Madrid, 12 de Noviembre de 1904.—*El Presidente,* MANUEL IGLESIAS.—*El Ponente y Secretario,* MARIANO CARRETERO Y MURIEL.

II

Informe de la Comisión del Premio Calvo.

Durante el plazo señalado en el correspondiente Programa de Premios de 1904 y 1905, se han presentado dos aspirantes al Premio Calvo: D. Telesforo Gómez González y D. Gaspar Fisac y Orovio.

El Sr. Gómez Gonzáles, Médico titular de Adanero, en la provincia de Segovia, dice en su solicitud, que ha realizado, durante su ejercicio profesional, dos actos de abnegación y caridad, por los cuales se cree merecedor del Premio Calvo. Acompaña dos certificados: una del Juzgado municipal de Adanero, en que se acredita que el Médico, Sr. Gómez González, hallándose enfermo de gravedad, se levantó de la cama para prestar sus servicios facultativos á una mujer, que se hallaba en inminente peligro de muerte, á consecuencia de metrorragia, precursora de aborto, sufriendo en casa de la enferma accidentes muy alarmantes; y otra certificación del Juzgado municipal de la villa de Fuentes de Oro, en que consta, por comparecencia de la interesada, que el Sr. Gómez Gonsález, sin estar obligado á ello, asistió el 16 de Marzo de 1890 á una mujer y á cuatro hijos de ésta, afectados de difteria. No ha remitido la Memoria descriptiva de epidemia ó de casos prácticos notables, que exige la fundación, ni ha justificado los demás extremos señalados en éstas.

D. Gaspar Fisac, Médico titular de Daimiel, provincia de Ciudad Real, presenta tres certificaciones: una del Alcalde, otra del Cura Ecónomo y otra del Subdelegado de Medicina, en que se acredita que es Médico titular, con la dotación de 999 pesetas anuales, casado y con cinco hijos; que ha asistido tres epidemias de sarampión con asiduidad, celo, espíritu de caridad y abnegación, á todas las horas del día. Acompaña una Memoria, de 125 páginas en 4.°, con un plano de la localidad, referente á la epidemia de sarampión, que se ha padecido en dicho pueblo durante el año actual, y en la cual ha prestado sus servicios facultativos el solicitante.

En dicha Memoria se consignan, en 17 páginas, *Datos geográfico-médicos de Daimiel*, y, entre éstos, los siguientes: que el censo de población es de 15 á 16.000 habitantes, con una emigración constante de 1.000; que la alimentación de la clase obrera es muy deficiente, constando de patatas, pan y legumbres, casi nunca de carne; que las enfermedades dominantes son gastritis, enteritis, cólicos hepáticos, bronquitis, broncorragias, lesiones valvulares del corazón, conjuntivitis, fiebres

tifoideas, tuberculosis, pústulas malignas y carbunclos, dismenorreas y metrorragias, paludismo y reumatismo; y en los niños, enterocolitis, otorreas rebeldes, dermatosis, aftas y reblandecimiento de las encías, laringitis y difteria; que la generalidad de las calles y de las casas ofrecen malas condiciones higiénicas; que hay excelentes aguas potables; que dominan los vientos de N. y NE.; que el terreno es de caliza, y que existen más de 1.000 pozos de agua dulce y grandes estanques y lagunas.

Con el epígrafe, *Dos palabras sobre el Sarampión*, trata de las epidemias en general, y principalmente de sus períodos, duración, gravedad, mortalidad, etiología y profilaxis.

Seguidamente se ocupa en la *Historia de la Epidemia* que constituye el principal objeto de su Memoria. Dice que la enfermedad es endémica en Daimiel, adquiriendo carácter epidémico cada tres ó cuatro años, y siendo precedida ordinariamente de tos ferina; que el origen ha sido siempre el contagio, observándose los primeros casos en las viviendas situadas cerca de la carretera de Ciudad Real á Madrid; que sus períodos fueron normales, durando la incubación hasta quince días; que la invasión se reconocía por los síntomas catarrales y manchas características en las fauces y velo del paladar; que la fiebre ha sido pequeña durante tres ó cuatro días; que la erupción iba acompañada de gran picor, habiéndose confundido á veces con la urticaria, la escarlatina y la roseola; y que la descamación duró de cuatro á cinco días.

Respecto á *complicaciones*, el autor señala la enteritis, bronquitis, neumonía, intermitentes y laringitis, siendo esto lo más frecuente y grave, y durando á veces quince días ó más. Alaba los beneficiosos efectos que obtuvo con el *suero antidiftérico* en el tratamiento de las laringitis, especialmente en las crupales, y dice que las *bronquitis capilares* y las *neumonías* alargaron la curación y causaron algunas víctimas; citando un caso de *albuminuria* terminado por la muerte, y algunos de conjuntivitis, otorreas y forúnculos del oído, de terminación satisfactoria.

Se advierte que, en algunos niños, la invasión del sarampión fué precedida de *eclampsia*, como suele ocurrir en la escarlatina;

y que las enfermedades comunes, como la fiebre tifoidea, dejaron de presentarse durante la epidemia.

En el plano adjunto á la Memoria se señalan, por orden de aparición, las calles donde la fiebre exantemática fué presentándose; y se anota, acerca de este particular, que en ocasiones se transportó la enfermedad á grandes distancias, quizá por la influencia de las reuniones en iglesias y escuelas; que el primer caso se vió el 19 de Mayo en el cuartel de la Guardia Civil; que la epidemia atacó á todas las clases sociales; que al mes se había extendido á toda la población; que en Julio y Agosto fué extinguiéndose, y se recrudeció en Septiembre, probablemente por la apertura de las Escuelas y la vuelta á la población de los hortelanos; y que el padecimiento atacó, no sólo á los niños, sino á los adultos.

Hablando del *diagnóstico*, cita un caso, en que primero se presentó la *escarlatina* y después el *sarampión;* consigna que el pueblo fué invadido en sus dos terceras partes, y que el contagio era ordenado, sistemático, como el reguero de pólvora, desempeñando importante papel la concurrencia á las Escuelas é Iglesias.

El *tratamiento* consistió, por punto general, en el empleo de sencillos medios higiénicos, apelando á vomitivos y vejigatorios en ciertas bronquitis, y á lavatorios con soluciones de ácido bórico para combatir el prurito. En las complicaciones laríngeas, y especialmente si eran de carácter diftérico, obtuvo excelentes resultados del suero antidiftérico, inyectando 10 c. c., que repitió á las doce ó veinticuatro horas.

El número de invadidos, desde el 19 de Mayo á igual día de Noviembre, fué de 454; de los cuales se curaron 431, y fallecieron 23, ó sea el 5 por 100. Los tratados con el suero antidiftérico fueron 10: 6 curados y 4 fallecidos.

Termina la Memoria con nueve conclusiones, en que se asiena: que la epidemia en cuestión no ha exigido tratamiento alguno especial; que en ella se ha demostrado una vez más, que el mejor vehículo para el contagio es el hombre; y que se desconoce el medio de preservación, contando sólo con el aislamiento.

El extracto precedente revela desde luego que la Memoria presentada por el Profesor, Sr. Fisac, es un trabajo digno de consideración, que, sin contener datos ni ideas de valor extraordinario en la esfera de la ciencia ó del arte de la Medicina, es fruto sazonado de la práctica asidua y laboriosa de un Médico de partido, que, con honra propia y beneficio de sus semejantes, consagra su vida al penoso ejercicio de la Medicina. Llena, sin duda alguna, las condiciones que el Dr. Calvo y Martín exigió en su fundación; y que se reducen á que la Memoria tenga una extensión, que no baje de 30 páginas en 4.°, en la cual se dé noticia de alguna epidemia á que se haya asistido, con expresión del número de atacados y fallecidos, así como de la medicación que haya sido más provechosa. Además, la Memoria en cuestión se refiere á la enfermedad general que más defunciones suele determinar en nuestro país, así en las capitales como en los distritos rurales; y esta circunstancia avalora el mérito del trabajo.

Veamos ahora si los dos aspirantes al Premio Calvo, en el concurso del año actual, reúnen las condiciones señaladas en la fundación; y en caso de reunirlas ambos, cuál debe ser el preferido.

El Premio en cuestión ha de adjudicarse á un Médico de partido, encargado de la asistencia de los pobres, con asignación que no pase de 1.000 pesetas, casado y con hijos; debiendo escribir una Memoria, cuya extensión no pase de 30 páginas en 4.°, en la cual dé noticia de alguna epidemia que haya asistido, con expresión del número de atacados y de fallecidos, así como de la medicación que haya sido más provechosa; y de no ser esto posible, describirá en su trabajo las enfermedades más notables á que haya asistido con abnegación y caridad, certificando estas cualidades el Alcalde y el Cura párroco.

Y como quiera que de lo anteriormente expuesto, resulta que el aspirante, Sr. Gómez González, ni ha acreditado las condiciones que exige la fundación, ni ha presentado la Memoria que en la misma se preceptúa, es forzoso declararle fuera de concurso.

En caso muy distinto se encuentra el otro candidato, Sr. Fi-

sac, puesto que ha probado con documentos fehacientes que reúne las condiciones señaladas por el fundador, y ha presentado una Memoria sobre Epidemia de Sarampión, de mérito suficiente para que se la considere aceptable en el concurso á que se hace referencia.

La Comisión, en virtud de las razones expuestas, propone á la Academia que adjudique el Premio Calvo á D. Gaspar Fisac y Orovio, Médico titular de Daimiel, en la provincia de Ciudad Real.

Madrid, 10 de Diciembre de 1904.—*El Presidente y Ponente*, M. Iglesias.—Mariano Carretero y Muriel.—A. F. Caro.

SUMARIO DE ESTE CUADERNO

OBRAS DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA,

QUE SE HALLAN DE VENTA EN ESTA CORTE, LIBRERÍA DE MOYA, CARRETAS, 8.

Tomos de Memorias de la Academia, cada pliego, 25 céntimos.

CONDICIONES Y PRECIOS DE SUSCRICION A ESTOS «ANALES.»

Los Anales de la Real Academia de Medicina se publican por cuadernos trimestrales, y se admiten subscripciones en el local de la Academia, calle Mayor, núm. 6, cuarto bajo, izquierda, mediante el pago adelantado de 7 pesetas, 50 céntimos, por un año, así para Madrid como para provincias y el extranjero; ó por libranza de la misma cantidad, á favor del Habilitado de la Academia, D. Pedro Gutiérrez.

Número suelto: 2 pesetas, 50 céntimos.

ANALES

DE LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA.

TOMO XXV.—CUADERNOS 2.º Y 3.º

15 DE JULIO DE 1905

MADRID.
EST. TIP. VIUDA É HIJOS DE M. TELLO,
IMPRESOR DE CÁMARA DE S. M.
C. de San Francisco, 4.
1905.

COMISIÓN DE PUBLICACIÓN.

Excmo. é Ilmo. Sr. D. Manuel Iglesias y Díaz, *Presidente.* (San Quintín, 10, principal, izquierda.)

Sr. D. Mariano Carretero y Muriel. (Torrecilla del Leal, 14, principal.)

Excmo. é Ilmo. Sr. D. Francisco de Cortejarena y Aldebó, *Secretario.* (Florín, 8, segundo.)

ANALES

DE

LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

BIOGRAFIA

del Académico numerario, Dr. D. José Ustáriz y Escribano (q. s. g. h.), redactada por el Dr. D. Juan Manuel Mariani, y leída en la sesión literaria del 27 de Mayo de 1905.

Señores Académicos: Nació Ustáriz el 21 de Septiembre de 1849; fué elegido Académico el 14 de Enero de 1891, en la vacante de D. Aureliano Maestre de San Juan; ingresó en la Academia el 28 de Abril de 1901, y falleció el 15 de Noviembre de 1904.

El consignar estas fechas, parece como escribir la lápida que cierra la sepultura de nuestro inolvidable amigo.

Pero no basta que la lápida lleve estas fechas: es necesario que tenga su epitafio, que bien merecedor de él es el Académico difunto, por las dotes personales, por la laboriosidad y por el amor á la Ciencia que demostró en vida.

Ustáriz se licenció en Medicina en 1870, y se hizo Doctor en 1879; fué Profesor de entrada en las Clínicas de la Facultad de Medicina desde 1870 á 1873, cargo que dejó por el de Médico, por oposición, del Hospital de la Princesa, donde se encargó desde luego del servicio de Cirugía y donde bien pronto adquirió renombre como Cirujano de primera fila; Presidente en esta época del Ateneo Médico, Secretario de la Academia Médico-Quirúrgica Española durante cinco años, Presidente de la misma Corporación durante tres, Vicepresidente de la Sociedad

Histológica Española, socio fundador de la de Higiene y honorario de la Academia de Ciencias de Cataluña y de la de Ciencias y Letras de la Habana, ha sido también socio fundador de otras varias Corporaciones científicas, que nacieron con aparente vida para morir antes de tiempo.

También el Dr. Ustáriz ha desempeñado cargos en el Ateneo de Madrid, al que concurrió con gran asiduidad durante algún tiempo.

Ha sido Vocal de muchos Tribunales de oposiciones, Profesor auxiliar interino de la Facultad de Medicina en 1890, y Profesor agregado en esta última época.

Tales son los más principales títulos profesionales de nuestro distinguido compañero.

Pero no son solos: como periodista médico, fué fundador de la *Revista Médico-Quirúrgica*, Director del *Boletín de la Academia Médico-Quirúrgica*, Director de los *Anales* de Cirugía, de la Biblioteca Económica de Medicina y Cirugía, de la publicación de Monografías médicas y quirúrgicas, Redactor de la *Revista Clínica* y Redactor de los *Anales* de las Ciencias médicas, de cuyos trabajos en dicho periódico nos ocuparemos luego.

Además de los discursos de Secretaría de las Academias y Corporaciones á que ha pertenecido desempeñando dicho cargo, escribió cuatro discursos inaugurales para la Academia Médico-Quirúrgica; tradujo del francés buen número de obras, entre las que las principales son la *Clínica médica* de Jaccoud, la *Cirugía clínica* de Guyon, el *Tratado de las enfermedades de la laringe* de Morell-Mackenzie, la *Electricidad médica* de Bardet y otras varias, algunas de ellas en colaboración.

Estos son sus méritos escritos, de cuya enumeración no podía excusarme y que consigno con sumo gusto, porque son tantos y tan valiosos, que por sí solos acreditarían una vida de laboriosidad y de talento.

Pero no es esto suficiente: hay que juzgar todo ese ramillete de méritos que he enumerado, hay que juzgar á Ustáriz como escritor, hay que juzgarle como Académico, hay que criticarle como Médico, hay que retratarle como hombre; de otra manera, su necrología sería un esquema impropio de su nombre é in-

digno de quien tanta consideración guarda á su memoria y tan cariñoso recuerdo le conserva.

Prescindamos de una porción de trabajos secundarios, de todos aquellos artículos desperdigados en unos y otros periódicos que no hemos podido recoger, y tomemos en nuestras manos los dos tomos de los *Anales* de Ciencias médicas, tomos fatídicos, pues que parece que entre sus hojas aparecen las tumbas de todos sus redactores.

¡Qué fatalidades reúne el destino! Aquel periódico fundado por Médicos jóvenes llenos de vigor y de entusiasmo, aquel periódico que en apretado haz publicaron unidas, por el amor á la Ciencia y las esperanzas en el porvenir, inteligencias de primera fila, murió pronto, y de sus redactores no vive uno siquiera.

Simancas y Larsé, su Director; Ustáriz, Salazar, Miguel Viguri, Auber, Lázaro Adradas, Urioste, Gómez Pamo, todos han muerto; sólo quedan de los que escribieron en aquel periódico el Dr. Abaytua y el Dr. Isla, que no eran redactores y que escribieron por azar algún artículo; pues bien: en este periódico fatídico escribió el Dr. Ustáriz veintisiete artículos cuyos epígrafes me vais á permitir que exponga, siquiera sea de los más principales: «Complicación grave en el tratamiento de la hernia estrangulada.—Las curas con el algodón.—Las pinzas hemostáticas.—Naturaleza de los tumores.—Ingertos epidérmicos.—Ideas generales sobre la autoplastia.—La galvanocaustia.—Un nuevo tratamiento de la metritis crónica.—La circuncisión.—Osteo-periostitis de la tibia izquierda.—Etiología del hidrocele.—Osteitis neurálgica,» y sus famosos y primeros artículos sobre la trasfusión de la sangre, sobre cuyo tema versó también el discurso de ingreso en esta Real Academia.

Era el año 77 cuando yo entré en el Hospital de la Princesa como Médico de guardia; la trasfusión de la sangre estaba en su apogeo; el Dr. Ustáriz era uno de sus apóstoles, y en el Hospital la empleaba con relativa frecuencia: en uno de los enfermos era urgente el practicarla; no había tiempo que perder: si se retrasaba la operación unos minutos, el enfermo sucumbía, y el Dr. Ustáriz, lleno de caridad y de abnegación y de fe en el procedimiento, dando como buen apóstol ejemplo con su con-

ducta, hizo que le abriesen una vena, y la sangre que salía del brazo de tan ilustre Cirujano pasaba á las venas del moribundo enfermo, al que una hemorragia traumática colocaba en el borde del sepulcro.

Tal conducta mereció calurosos elogios de propios y extraños y fué recompensada con la Cruz de Beneficencia de primera clase, que creo era la única que ostentaba nuestro buen amigo, cuya modestia, á pesar de sus méritos, no le había permitido solicitar otras á que seguramente era acreedor.

En estos artículos de los *Anales* á que hago referencia, el Dr. Ustáriz se mostró partidario de la trasfusión de la sangre con gran entusiasmo, inspirados, como estaban, en la fe, en la convicción y en el empuje de los pocos años; con más tibieza la defendió en su segundo trabajo, en el de ingreso en esta Real Academia, y habló de ella como del recuerdo cariñoso de aquello que se ha amado, pero que ya no se ama; de aquello que ha constituído un ideal, pero que ya ha pasado á ser real, y claro es que el Dr. Ustáriz comprendió que la época de la trasfusión había pasado; que esta operación tuvo una vida efímera, pero que le quedaba en la historia de la Medicina el honroso papel de los fundadores, puesto que fué realmente el fundamento de toda esa terapéutica de sueros artificiales que tantos servicios prestan al cirujano en esos solemnes momentos post-operatorios en que el pulso se deprime, en que el corazón funciona con pereza y miedo, en que la cara palidece, en que las extremidades se enfrían y en que el enfermo está en peligro inminente de deslucir el acto quirúrgico, muriéndose.

En el mismo periódico de los *Anales* publicó el Dr. Ustáriz muchas bibliografías que tenían, como sello característico, la imparcialidad, y como nota dominante la severidad.

Todos recordamos una, la última seguramente de las que escribió, que produjo gran emoción en la clase médica de Madrid, y algunas controversias periodísticas y algo más en el orden personal que no he de señalar aquí; y si hago mención de ella, es sólo porque fué un trabajo valiente, severo y razonado el que hicieron en aquella época el Dr. Ustáriz y el Dr. Lázaro Adradas, que colaboró con él.

En todos estos escritos se caracteriza Ustáriz por la sencillez en la exposición y por la claridad en las descripciones; clínico como era, retrataba los hechos y las cosas, sin rodearlos de retórica que los obscureciese, ni de fárrago literario que los diluyera, hasta el punto de no llegar á conocerlos: en sus traducciones fué castizo, y en toda esta época de su vida el Doctor Ustáriz demuestra una actividad febril, tiene entusiasmo sin límites por la Ciencia, y llega á ser una de las figuras más sobresalientes en el periodismo médico.

Para juzgar á Ustáriz como Académico hay que volver los ojos á aquella época en que la Academia Médico-Quirúrgica era el centro de discusiones acaloradas acerca de asuntos de transcendencia que constituían lo que se llamaban *temas*, cada uno de los cuales ocupaba las sesiones académicas durante todo el curso; y aun cuando esto sea un paréntesis ajeno al motivo de este trabajo, debemos felicitarnos de que en la actualidad se han abolido estas discusiones inacabables y se han sustituído por trabajos más prácticos y más útiles que los ontologismos teóricos de entonces.

Pues bien: como decía, Ustáriz, durante muchos años, tomó parte en estas discusiones y en otras prácticas que tenían lugar al principio de cada sesión.

Nunca fué nuestro inolvidable amigo de esos oradores que arrebatan con su palabra, que subyugan al auditorio con la energía de su discurso ó que le embelesan por la retórica de la exposición; ni fué tampoco de los que se acaloran, de los que acuden á la violencia de la dicción para convencer al contrario ó para captarse los aplausos de los suyos: la nota dominante de sus discursos fué la de saber siempre muy bien de qué hablaba, la exposición clara, satírica en ocasiones, pero con una sátira fina y delicada, y la sinceridad de sus ideas.

Vosotros le habéis visto aquí cuando ha tomado parte en alguna de las discusiones de esta Academia, siempre reposado, tranquilo, modesto, pero siempre también demostrando su saber y lo concienzudo de sus conocimientos.

Desde su primera época de ejercicio profesional se dedicó nuestro compañero al ejercicio de la Cirugía: comenzó su práctica en

el Hospital de la Princesa, y tardó poco en adquirir fáma de buen Cirujano; poco á poco fué ascendiendo en consideración y en crédito, y bien pronto Ustáriz llegó á ser uno de los primeros cirujanos de Madrid; como clínico diagnosticaba y trataba á sus enfermos; como operador era sereno, resuelto y hábil, y reunía, por lo tanto, las dos condiciones que ha de tener el verdadero cirujano: el no mirar una lesión quirúrgica como un alga pegada al cuerpo, sino mirar lo quirúrgico como formando parte de un organismo, de un todo inseparable é indivisible, de tal suerte que no era sólo operador (es decir, unas manos hábiles que saben cortar bien y extirpar con maestría), sino que era Cirujano que diagnosticaba, que auxiliaba los medios quirúrgicos con los médicos, y que no exageró nunca la nota de lo que se llama la fiebre operatoria.

Era además prudente en sus decisiones, y perteneció siempre al grupo de cirujanos que se han llamado conservadores; operó de todo: hizo trepanaciones, resecciones, arterectomías, numerosas extirpaciones de tumores de cuello, de axila, de mamas, de lengua y de otras regiones; ligaduras de arterias por aneurismas, por traumatismos, resecciones costales, demostrando siempre su pericia y su habilidad operatoria, que se significaba claramente en las autoplastias, pues que á veces sacaba piel como por encanto de las regiones próximas para recubrir extensas superficies cruentas.

Cuando las operaciones de vientre empezaron á tomar carta de naturaleza en la Cirugía, el Dr. Ustáriz practicó algunas; pero estando preferentemente encargado de salas de Cirugía general, no tuvo ocasión de consagrarse de lleno á esta rama quirúrgica, ni tampoco sintió grandes entusiasmos por cultivarla; así es que, en la última época de su ejercicio hospitalario, no practicaba ninguno de estos grandes traumatismos que tanto cautivan y que, en honor á la verdad, tanto han engrandecido la Cirugía moderna.

Tuvo Ustáriz gran amor al ejercicio de la profesión, sobre todo al ejercicio en el Hospital, donde se cultiva la verdadera Ciencia, donde se adquiere el arte, donde en cada cama se estudia un capítulo con más fruición que se lee en el libro, con

verdadero encanto, pues que el médico en el Hospital goza como el artista en un Museo, como el músico oyendo una ópera selecta, como el místico encerrado en su celda leyendo las obras de los Santos Padres, como el general triunfador que es aclamado por su ejército, como el que, en fin, realiza todas las puras aspiraciones de su conciencia, todos los ideales de su pensamiento: el Hospital es el templo de la Medicina, donde se quema incienso y se entonan cánticos y se prosterna la rodilla y se conmueve el alma ante la ciencia y el arte, que imperan allí como únicos mandatarios, como solos señores y dueños. Pues bien: Ustáriz era un verdadero sacerdote del Hospital, y hasta sus últimos días, cuando ya apagados sus entusiasmos, sin aspiraciones ni ilusión alguna, buscaba el reposo y deseaba el descanso, dejó el Hospital, y tuvo que volver á él porque sentía la nostalgia de aquel trabajo diario, de aquel trabajo que tanto engrandece, que tanto ennoblece, que tanto dignifica; no veía ya aquellos rostros tostados por el sol y por el aire, no tocaba aquellas manos encallecidas por el trabajo, no consolaba á aquellos desheredados de la fortuna, no les curaba sus enfermedades, no llenaba el papel más grande del médico, que es el de socorrer á los humildes, el de aliviar las dolencias de los pobres, ni experimentaba la satisfacción de que le estrechara la mano, lleno de agradecimiento, alguno de aquellos infelices de cuerpos toscos y de almas grandes á quienes había salvado la vida.

Ustáriz tuvo una clientela escogida y sana que le profesaba un profundo cariño, y fué siempre también muy querido de sus compañeros de la clase médica, por la que tenía él siempre predilección especial, y á la que atendía con entrañable amistad siempre que de él necesitaba.

Con decir que Ustáriz era un perfecto caballero, está dicho todo lo que de él pudiéramos decir como hombre: tenía un corazón de niño, aun cuando su aspecto antes de tratarle hiciera pensar otra cosa; era modesto y afable y cariñoso y sencillo en todas sus costumbres y en todos sus gustos; su carácter era jovial, alegre; su conversación agradable, un poco satírica en ocasiones, como sus discursos; pero con sátira de buen tono y

que nacía y moría en sus labios, sin que jamás tuviese su origen en el corazón; se compadecía de los males de todos, y procuraba remediarlos siempre que estuviese en su mano; cuando solicitaban de él algún favor ó le venían con peticiones de esas muchas veces enojosas y propias de los cargos que ha desempeñado, nunca sabía decir que no, y siempre accedía á aquello que de él esperaban.

En la última época de su vida, Ustáriz viudo, sin hijos, sin parientes próximos, sin ese calor del hogar que tanto fortalece en la lucha de la vida, comenzó á decaer y á entristecerse: con las ilusiones marchitas y sin aspiración alguna, pensaba siempre en un fin próximo, hablaba con frecuencia de que ya pronto le llegaría la hora suprema, y se consideraba como un viejo que debía arrinconarse, como un hombre cuya época había pasado; su salud, por otra parte, no era nada satisfactoria, y en estas circunstancias le sorprendió la enfermedad que le llevó al sepulcro: durante ella dió pruebas de gran valor; conoció que su fin se aproximaba; con gran serenidad hizo sus últimas disposiciones, recibió con gran fervor los auxilios de nuestra Religión, y murió como muere el justo, con los ojos clavados en Dios y serena su conciencia de haber cumplido en vida como cumplen los hombres honrados y buenos.

Ustáriz, en resumen, murió como vivió; figura sobresaliente en nuestra Cirugía, salió bien pronto á la superficie y se distinguió en todas las variedades de la profesión; no fué un soldado de filas, fué un caudillo que ostentaba en su pecho variedad de cruces, que había conquistado muchos trofeos y que había merecido renombre y fama muy merecidos.

¡Descanse en paz nuestro ilustre compañero!

Ha muerto querido de todos, respetado de todos; el recuerdo de su nombre no levantará de los corazones de los que le hemos tratado sino palabras de alabanza, y al dejar esta vida, que no es sino el prólogo de la verdadera y de la eterna, ha dejado entre nosotros el perfume de la bondad, el aroma de la virtud y el recuerdo de la honradez.

MEMORIA

sobre una epidemia de sarampión, presentada al concurso del Premio Calvo en el año de 1904, por el Dr. D. Gaspar Fisac, que obtuvo el Premio.

Datos geográfico-médicos de Daimiel.—Es cabeza de partido judicial que comprende los pueblos Fuente el Fresno, Villarrubia y Arenas de San Juan.

Está situada sobre una vasta llanura casi en la cuenca del río Azuer, afluente del Guadiana, y á una legua de éste, lindando sus términos, que son de mucha extensión y donde se cultivan cereales, leguminosas, vides, olivos y hay dehesas para pastos y bastante monte bajo, con Villarrubia por el N., con Arenas por O. y con Manzanares, con Almagro y con Torralba al S. y con Fuente el Fresno al E.

Tiene como censo real de 15.000 á 16.000 habitantes, aunque por la escasez de trabajo de remuneración hay constantemente en emigración temporal más de 1.000 de ellos, que buscan colocación en los pueblos inmediatos, especialmente en Manzanares y Valdepeñas—los más ricos de la provincia,—donde el salarie es de 8, 10 y 12 reales, según la recolección de que se trate, mientras que en Daimiel sólo es de 4 ó 5 reales, y á lo sumo 7, excepto en la época de la siega, que es mayor.

Este mezquino salario y la mucha prole de la clase jornalera, explican esa emigración; pero en el invierno casi todas las familias vuelven á sus hogares.

Casi la mitad del año, muchas de las que no emigran á los pueblos están en pequeñas casillas en las huertas que rodean al pueblo y que son el sostén del pobre tomadas en arrendamiento, así como pequeñas parcelas de los desagües del Gijüela y el Azuer en el Guadiana.

La alimentación de estas clases sociales es tan deficiente, que no comen carne casi nunca, y con patatas, pan y legumbres se sostienen.

A pesar de esto, son saludables.

El oxígeno y el trabajo suplen la alimentación.

Las enfermedades dominantes son: en el aparato quilo-poyético, gastritis, gastro-enteritis y cólicos hepáticos; en el respiratorio, bronquitis, broncorragias y bronco-pneumonías; en el circulatorio, lesiones valvulares y endo-pericarditis de antecedentes reumáticos.

Da poco contingente el aparato urinario; son frecuentes las afecciones oculares, especialmente las queratitis y conjuntivitis; y de enfermedades infecciosas, por ejemplo, suelen presentarse todos los años, especialmente á la entrada del otoño, fiebres tifoideas desde hace diez años, importadas de La Carolina, donde reinaban en forma epidémica en la época de la recolección de la aceituna, pues es cuando multitud de braceros, con sus esposas é hijos, van en busca de jornal.

También la tuberculosis causa estragos en la adolescencia y edad adulta.

Es digna de mencionarse la frecuencia con que padecen pústulas malignas y carbuncos los hombres, dominadas siempre en poco tiempo; y desarreglos de su sexo las mujeres, dismenorreas y menorragias frecuentemente.

Dominan el cuadro nosográfico el paludismo, que imprime sus tonos característicos de anemia, y el reumatismo, que reviste de tonos obscuros á multitud de afecciones viscerales.

En la patología infantil se destacan con intensidad las enteritis y colitis, y con no rara frecuencia rebeldes otorreas crónicas, dermatosis como el eczema, impétigo y las aftas y reblandecimientos gingivales escorbúticos, que suelen conducir á la gangrena de la boca.

El crup ó garrotillo, en su acepción de laringitis fibrinosa, acarrea víctimas también, y no se presentan, sino en corto número casos, el crup diftérico, ó no se manifiesta en tal forma, á pesar de que en Almagro, Fuente el Fresno y Villarrubia, pueblos vecinos, ha habido recientes epidemias.

La asistencia benéfica corre á cargo de cuatro titulares, y ejercen hasta siete médicos.

Aunque éstos se esfuerzan por higienizar al pueblo, y de ello

da relevantes pruebas el digno Subdelegado de Medicina, la higiene deja mucho que desear.

Hay cuatro escuelas elementales, una de párvulos, clases nocturnas para adultos, un colegio de primera y segunda enseñanza, y debería estar la población infantil distribuída en ocho escuelas elementales y cuatro de párvulos.

En todas ellas hay grandes cartelones, así como en las iglesias, teatro y establecimientos públicos más importantes, donde en grandes caracteres se lee: *Está prohibido escupir*, y contienen una alocución al pueblo demostrando lo pernicioso de tal vicio. No se concreta á esto el Subdelegado: además de procurar que no penetre ningún niño en la escuela sin su inspección, gira visitas á todas; pero el hacinamiento estorba tan eficaces medidas.

No sólo hay más niños de los que deben acogerse en esos edificios, sino que en habitaciones bajas y húmedas, en casi todas las calles populosas, no céntricas, se almacenan parvulitos que escapan á la inspección médica.

Constan las viviendas pobres de dos habitaciones que albergan á ocho ó diez personas, y en cada casa existen cuatro ó seis y á veces ocho ó diez vecinos, ocupando cada uno dos habitaciones, cuarto y cocina, como he dicho.

Las calles, aunque anchas y rectas las más, tienen malas aceras, y el arroyo es tierra en verano y charcos en invierno.

Las aguas pluviales sólo tienen salida en un barrio; en los demás van á parar á unos barrancos situados dentro del pueblo.

El alpechín de los molinos aceiteros infiltra los pozos vecinos.

Las clases medias y aun algunas bien acomodadas, habitan también salas bajas, pues las altas de sus grandes casas de labor las destinan á graneros. Estas pésimas condiciones higiénicas están en parte compensadas por las excelentes aguas que para el consumo y usos domésticos proporciona el rico propietario D. Patricio Redondo, que ha construído un depósito magnífico, el mejor de la provincia, para el abastecimiento de la población, á donde, por excelentes tuberías, llegan las aguas procedentes de la sierra de Villarrubia, que dista tres leguas aproximadamente.

El vino también es de inmejorables condiciones, así como el pan y las leches de burras, de cabras y de vacas, siendo por fortuna desconocidas las adulteraciones y sofisticaciones.

También las carnes—aunque los jornaleros y muchos labradores no las prueban por no poder comprarlas—son tiernas y buenas, pues abundan los ganados, caza y pesca.

No tiene abrigo de ninguna sierra el pueblo, y en él dominan los vientos del N. y NE., que ocasionan intensos fríos.

Las lluvias las acarrean los del NO. generalmente.

La primavera es corta; el verano caluroso en la segunda quincena de Julio y primera de Agosto; el otoño, muy templado, es la estación más larga, y el invierno es muy frío.

Son sus habitantes religiosos y de pacíficas costumbres, sobrios, trabajadores y de buen temple orgánico.

Los datos que varias obras arrojan sobre los extremos principales tratados, pueden verse con extensión en la *Nueva historia y monografías geográficas* de las provincias de España por A. Pérez Asensio.

He aquí los que suministran otras obras más compendiadas:

Geografía de Sánchez Casado: «Daimiel es una de las más importantes ciudades de la Mancha, cuyas norias y frondosos huertecillos le dan risueño aspecto y proporcionan un momento de solaz al viajero, cansado ya de cruzar monótonas llanuras.»

El *Anuario del Comercio:* «Ciudad con Ayuntamiento, cabeza de partido judicial de su nombre de 13.000 habitantes, situada á 22 kilómetros de Ciudad Real; su terreno es muy productivo en uva de superior calidad, aceite, azafrán, cereales, patatas, maíz, anís y toda clase de legumbres..... Fábricas de aguardientes, de electricidad, de jabón, de tejas y de ladrillos; molinos harineros y de aceite. Carreteras á Ciudad Real, Madrid y Villarrubia; ferrocarril y estación telegráfica.»

En la *Geografía universal*, de Malte-Brun, hay datos parecidos; otros son inexactos; y sintetizando aquéllos de que no he hecho mención, añadiré que «el terreno de Daimiel se compone de piedra caliza; tiene más de 1.000 pozos de agua dulce, aunque algo gruesa, y además de sus grandes estanques ó lagunas (Albuera, Escoplillo, el Pozo de la Nava y Ojo de la Peñuela), hay

á media legua al Norte del pueblo otra laguna de poca anchura, pero de un cuarto de legua de extensión, situada á inmediaciones del río Guadiana, de cuyas aguas participa. Está enclavada entre piedras calizas, y en su superficie se cuaja una gran cantidad de sal de sabor amargo nitroso, que tiene las mismas cualidades, pero es más benigna en sus efectos que la sal de Higuera ó de Inglaterra.

Dos palabras sobre el sarampión.—Sabidos son los detalles de su sintomatología y universal extensión, y tan conocida su descripción como ignorada su esencia.

Fué mencionado primero por Aron; pero al médico árabe Rhazes, que fué el primer nosógrafo de la viruela, se debe también la primera descripción del *morbirilis*, nombre con que los antiguos conocían el sarampión.

La extrema generalización de esta calentura eruptiva ha hecho creer, como dice un notable higienista (el Dr. Giné), que deberían sufrirla todos los individuos de la especie humana.

Lo mismo se decía tres siglos atrás de la viruela, y hoy es una enfermedad perfectamente evitable.

Como desde los seis meses hay aptitud para padecerlo, parece propio de la infancia, pues en los adultos se extinguió su predisposición desde los primeros años.

En todas las obras modernas se cita el hecho de que cuando se introdujo en las islas Feröe, atacó á todas las personas sin distinción de edades, por no estar preservados por invasiones anteriores en los primeros años de su vida.

Aunque no se demuestre la periodicidad epidémica, se presenta cada tres ó cuatro años, y aun la tos ferina acompañándole, dependiendo esto de los nacimientos y refuerzos de personas que no lo han pasado.

Parece que hay más exposición al contagio en la convalecencia; pero es porque la incubación del que entonces se contagia duró de diez á quince días.

El contagio es mayor al principio, y lo prueba el que la inoculación del principio contagiante que existe en las lágrimas, mucosidades y sangre, va seguida del desarrollo de la enfermedad. Por eso debiera prohibirse á los niños la entrada en las

escuelas—uno de los mayores focos de contagio—en cuanto se presentaran los primeros síntomas del exantema, coriza, tos ronca, inyección de las conjuntivas, etc., y en el período de descamación, que dura de treinta á cuarenta días.

No se ha podido conseguir evitar la enfermedad por la inoculación de virus apropiados; pero se espera conseguirlo.

Es una de las enfermedades en la que mejor se comprueban los caracteres generales de las epidemias.

En efecto: sabiendo que *pandémicas* son aquellas enfermedades que atacan á la vez á un gran número de personas de la misma localidad, y que se dividen en *endemias*, cuyas causas residen permanentemente en el país donde reina la enfermedad, y en *epidemias*, cuyos agentes patogénicos proceden de un punto apartado de la localidad de que se trata, y su estancia es breve y accidental, en efecto, se ve, siquiera se desconozca la esencia íntima del agente patógeno, que se hace endémico y epidémico.

Si en el concepto de la distribución geográfica de las epidemias las comparan con los vegetales, diciendo que hay algunas que viven en todas las latitudes, el sarampión es una de ellas.

Hay más: así como algunas plantas necesitan para su desenvolvimiento la vecindad de otras de determinada especie, el sarampión—y en la epidemia que aquí enumeraré lo he observado en tres períodos de su presentación—va acompañado de coqueluche.

Dícese de las epidemias que se desconocen los primeros casos, y suelen tener una terminación funesta; gradualmente, y á veces en pocos días, se extienden; el acmé es cada vez más marcado y está en *ascenso;* no aumentan ni disminuyen las invasiones, y está *estacionada* ó en *estado;* y después viene el *descenso* ó declinación, primero por oscilaciones y después de un modo absoluto, observándose entonces que las enfermedades comunes, que desde el principio de la epidemia habían casi desaparecido, vuelven á presentarse en creciente progresión. Pues bien: este último carácter de la desaparición de las enfermedades comunes también se ha observado en la epidemia actual,

aunque no se haya comprobado el primero, referente á la muerte de los primeros casos, y desconocimiento de su presencia.

Son comunes las recrudescencias cuando los emigrados vuelven.

Así ha ocurrido en Daimiel al regresar de las huertas los que abandonaron el pueblo por un mes ó dos, para atender á su trabajo agrícola.

Parece haberse escrito para esta epidemia esta otra regla:

Raras son las epidemias que duran menos de cien días; el término medio es de ciento á ciento cincuenta días, sin contar las recrudescencias—como he dicho antes que ocurrió en Daimiel,—debidas á la inobservancia de las reglas profilácticas (abona la recrudescencia en Daimiel también el hecho de volver á abrirse las escuelas al regresar los hortelanos en otoño de su ausencia de dos meses de la población).

Si en el decurso hay días más calurosos y húmedos, hay que temer un recrudecimiento, mayormente si coincide con el regreso de habitantes. Y así sucedió en nuestro caso.

Lo que no caben aquí son las consideraciones sobre aumento de los recién nacidos y mejoramiento de las cualidades de la población después de la epidemia, porque ésta afecta á la niñez, y aquellas consideraciones se refieren á epidemias como el cólera y otras.

Ligera descripción de la enfermedad.—En la lactancia es raro el sarampión, pero más grave: el sexo es indiferente; es raro también pasarlo dos veces, y hay que achacar á errores de diagnóstico, pues es fácil confundirlo con la roseola, de la que muchos opinan no es más que una fase más acentuada, y con la escarlatina á veces, esas pretendidas repeticiones del exantema sarampionoso.

Antes se decía: «el contagio morbilioso es hoy tan poco conocido como el de la escarlatina.» Pero ahora, puesto que se *inocula suero antiescarlatinoso*, debe decirse será tan conocido como el de la escarlatina, y en España, en nuestro Instituto nacional de Alfonso XIII, tenemos dicho suero.

El especialista francés Bouchut, en su *Tratado de las enfermedades de la infancia*, describe, al principio del capítulo que al

sarampión dedica, en unos cuantos rasgos esta erupción, diciendo: «Es una enfermedad virulenta, epidémica, infectante y contagiosa, caracterizada por la erupción de pequeñas manchas rojas, generalmente aisladas, algunas veces reunidas, de modo que forman manchas más anchas é irregulares, prominentes en algunos puntos y separadas por intersticios regulares en que la piel conserva su color natural.

»Este exantema va siempre acompañado de una erupción parecida sobre las mucosas nasal, ocular, intestinal y bronquial. Esta erupción da origen á una afección catarral aguda, acompañada de estornudos, lagrimeo y tos violenta que fatigan á los niños en alto grado. La erupción dura de cinco á seis días, seguida á veces de descamación furfurácea de la epidermis.»

Se ha dicho que el sarampión era de la misma naturaleza que la tos ferina; pero es una opinión inverosímil, pues se ven (como en la epidemia de que hablo he hecho constar ya) muchas ocasiones en que había niños atacados de *sarampión* que tenían al mismo tiempo *tos ferina*, y, por el contrario, niños atacados de ésta que acababan de tener el sarampión.

«Hay muchas clases de sarampión, termina diciendo el autor citado: el *sarampión normal* está caracterizado por la frecuente y muy constante uniformidad de sus síntomas. Los otros, llamados *sarampiones anómalos*, son mucho más raros, y difieren de éste en la naturaleza y color de la erupción: así, hay sarampión papuloso, sarampión negro (*rubeola nigra*), etc.; por los síntomas, sarampión sin catarro, sarampión maligno, etc.»

Ved lo que aconseja en el tratamiento, y que, como ha sido benigna esta epidemia, aquí se ha practicado:

«Si la erupción es discreta, regular, exenta de complicaciones, no hay que turbar la marcha natural de la enfermedad: se deja á las fuerzas orgánicas en completa libertad de acción, que es lo que debe hacerse siempre en los sarampiones benignos y regulares.»

Nótese que dice *exenta de complicaciones*, porque es claro: en este caso, hay que intervenir, como él y todos los prácticos aconsejan, con urgencia.

Precisamente, el único punto saliente de esta Memoria, si

alguno hay que merezca fijar la atención en él, es el tratamiento empleado en las complicaciones laríngeas, que son las más temibles, de momento, como puede verse en la

HISTORIA DE LA EPIDEMIA

«El éxito del médico en el tratamiento del sarampión, depende del diagnóstico y tratamiento de las complicaciones (1).»

Se ha observado en Daimiel lo que en otras epidemias de las grandes ciudades: que el sarampión se ha hecho endémico, de tal modo que, en catorce años como titular, llevo asistidas ya tres epidemias, pues cada tres ó cuatro años se reproducen, y como he dicho al exponer ligeramente los caracteres de aquéllas, ha venido acompañado de la tos ferina, mejor dicho, precedido por ésta.

Afortunadamente todas han sido benignas.

En la *etiología,* aparte desconocer la esencia patógena, hay que invocar la razón del contagio, reforzada aquí de tal modo, que donde empezó la epidemia última fué en la entrada de la carretera que viene de Ciudad Real á Madrid, en el cuartel de la Guardia civil, y sabemos que en Ciudad Real existen tos ferina y sarampión con carácter endémico.

Sus períodos de *incubación, invasión, erupción* y *descamación* han sido normales, por regla general, prolongándose generalmente la incubación más de quince días, pues niños de una misma familia que lo han contraído después de ese período de quince días viviendo en la misma habitación, ha habido muchos, aunque en otros muchos casos también fueran invadidos casi al mismo tiempo.

La *invasión,* aunque al principio se confundiera con la de un catarro, cuando ya la enfermedad se propagó más en el pueblo, era fácilmente reconocida, y más aún si se practicaba el examen del velo palatino y las fauces, que acusaban, con sus

(1) Frase de Smith, ligeramente modificada.

manchas características, la presencia del exantema en niños que iban á la escuela y jugaban en sus casas ó en las calles.

No ha sido sino en contados casos difícil la *erupción*, que se ha desarrollado en la forma ordinaria, primero en la frente y cara, después en el cuello y tórax, y, por último, en las extremidades.

Confundida á veces con la urticaria y aun con benigna escarlatina (de la que se han presentado algunos casos) y aun con leves roseolas, y habida consideración de que gran número de niños han pasado el sarampión sin asistencia médica, no será difícil que estas circunstancias den el día de mañana motivo á repetir la frase *este niño lo ha pasado ya dos veces.*

Las ocasiones en que los síntomas de *invasión* han pasado desapercibidos, han sido, particularmente al empezar la epidemia, muchas, pues no sólo se achacaban á un ligero catarro, sino á la tos ferina que padecían muchos niños. Y como también, por su benignidad, ha faltado en algún caso el catarro, la *erupción* ha sorprendido de pie y jugando á muchos niños.

De escasa intensidad la fiebre, 38 ó 39°, ha durado la erupción tres ó cuatro días en la mayoría de las invasiones, y sólo ese tiempo han guardado cama los mejor atendidos, y aun tampoco, porque el síntoma del prurito ha sido tan molesto siempre, que los pobres niños se arrojaban continuamente del lecho, bien al suelo, bien á los brazos de sus madres, y varios que yo he visitado salían en busca de ésta á los patios húmedos, desnudos y en plena erupción..... ¡Cuánto puede la benignidad de una epidemia!

Descamación: ésta ha pasado desapercibida, siendo furfurácea y confundiéndose á veces y prolongándose con afecciones impetiginosas.

La duración ya he dicho que ha sido de cuatro á cinco días, por término medio, descontando las *complicaciones* de enteritis, bronquitis, intermitentes y laringitis (las más comunes), que prolongaron la escena quince ó más días, y aun las de laringitis, si los síntomas de estenosis prolongados hacían temer la presencia del crup y eran inoculados con suero antidiftérico, vencían la complicación en otros tres ó cuatro días.

Á esta circunstancia aludo en la cita con que encabezo la *historia*, y de ella doy pormenores en la *estadística* y en las *consideraciones generales*.

No es infrecuente ver morir—y aquí ha habido ese ejemplo—varios niños de *laringitis crupal* en el curso del sarampión, lo que prueba que no siempre es *pseudo-crup* la complicación.

Paginsky dice: «Yo he visto sucumbir en breve tiempo, con los síntomas del crup, á tres niños de una misma familia. *En qué medida intervino aquí la diftèria, como complicación, no se puede determinar por el momento.*» El especialista alemán opina que «habrá de tenerse en cuenta qué síntomas laringo-estenósicos y tono crupal de la tos pueden ser de grave importancia.»

La *bronquitis capilar* y la *atelectasia pulmonar* y *pneumonía*, alargaron, como dejo dicho, la curación, y observado algunas víctimas, así como las diarreas intensas de carácter enterítico; no originaron defunciones las intermitentes, aunque el *paludismo* también prolongó la escena con relativa frecuencia.

De complicaciones renales en la *descamación* he observado algunas, y un caso de *albuminuria* terminó por fallecimiento.

En la boca y las fauces ha habido ulceraciones ligeras, no específicas; esto es, que no ha habido que lamentar lo que en otras epidemias, y que vió también el autor últimamente citado: «en dos niños de la misma familia, comenzó el proceso como difteria de la cavidad bucal, y sólo más tarde se extendió á la laringe. *La muerte de los mismos* se verificó en seguida por *laringo-estenosis.*»

Sólo en un caso he tenido que lamentar tan triste desenlace por *difteria.*

La conjuntivitis ha sido relativamente frecuente y benigna; pero en un caso ha determinado rápida queratitis ulcerosa y tisis del globo ocular. Este niño, *caquéctico* por gastro-enteritis crónica anterior, sucumbió también.

Otorreas y forúnculos del oído han seguido á varias convalecencias.

Forunculosis y eczemas impetiginosos se hicieron crónicos en los niños más enfermizos.

Y del sistema nervioso sólo es digno de mencionarse el que á veces un ataque de *eclampsia* inició la erupción, como en la escarlatina.

La influencia del sarampión en otras enfermedades y en la mortalidad habitual se compara en las estadísticas, siendo aquí pertinente recordar una vez más que, al igual de lo que ocurre en otras epidemias, las enfermedades habituales, casi endémicas, desde hace algunos años, como he dicho respecto á la fiebre tifoidea, dejaron de presentarse.

Curso de la epidemia.—Empezó el 15 de Mayo en el Cuartel de la Guardia civil, próximo, como he dicho, á la entrada de la carretera de Ciudad Real; la Plazuela de Almagro, en cuyas inmediaciones está, así como la calle de Santa María y sus adyacentes, Pacífico, Guerrera y San Roque, han sido las que más contingente han dado de invasiones en el distrito, á cargo de D. Pedro María Lozano, en la Beneficencia.

No ha habido, como ocurrir suele, diferencia sensible en orden á la invasión por sexos, y siguiendo siempre un curso benigno, apareció simultáneamente en varias calles, sin preferir, por decirlo así, ninguna clase social, pues han sido muchos los niños de clases pudientes atacados.

A mediados de Junio, en el transcurso de un mes, se había extendido ya por casi todo el pueblo, y á las excitaciones del Subdelegado de Medicina se cerraron las escuelas antes de las vacaciones caniculares.

Con la clausura de las escuelas todas, hasta las privadas y las *amigas*, ó almacenamientos de párvulos, de que hice mención, coincidió la emigración, también mencionada, de multitud de familias á las huertas, y así es que aun cuando el 1.° de Septiembre, día en que se celebra la feria, volvió gran contingente de población, la epidemia, que se había ido extinguiendo en Julio y Agosto, no se recrudeció en aquellos días, aun cuando quedaban algunos casos.

Autorizóse la apertura de las escuelas, y esto, unido al regreso paulatino de los hortelanos, originó un recrudecimiento, del que siguieron aumentando las invasiones, que acabarán cuando todos los niños hayan pasado el sarampión.

No sólo han sido niños, como se ve en la estadística, sino que adolescentes y algún adulto también han sido invadidos.

Diagnóstico.—Ya he manifestado al hablar de los primeros períodos, que sólo al principio pudo confundirse con urticaria, roseola, etc., al no observar los síntomas catarrales, y que luego fué indudable, aun antes de la invasión, y sólo por la erupción del exantema en el velo palatino y las fauces. Un caso, precisamente el de un compañero farmacéutico, ha ofrecido dudas, y por no alargar esta Memoria no lo consigno muy detalladamente, hasta en la segunda erupción, ocurrida á los pocos días de la descamación de la primera.

En la casa hay dos hermanitos, varón y hembra, de cinco y tres años; y el primero, que, como la segunda, tenía tos ferina, presenta, después de un día ó dos de ligera fiebre, una erupción punteada roja, de poca elevación en la epidermis, sobre la cara y cuello, con erupción también en la cavidad bucal, pero más bien con angina. Lo observamos varios compañeros, creyendo sería sarampión, y cuando toda la piel estaba invadida y las manchas eran más confluentes, trazo la raya que dió á conocer Bouchut sobre la piel, sin que desaparezca sino al cabo de algunos segundos y siendo legible la palabra *escarlatina*. A los dos días el niño mejora, la piel se descama, la fiebre disminuye, abandona el niño el lecho, y aunque la descamación era furfurácea—más bien del sarampión que de la escarlatina, que se descama en tiras casi siempre,—cuatro ó seis días después el sarampión brota de la noche á la mañana, con su enantema bien característico en la boca, y su exantema y prurito tenaz, primero en la cara y cuello, luego en el tronco y, por último, en las extremidades, pero con tal intensidad, que no había sitio donde cupiera tanto; á los dos días es invadida la niña en igual forma, y ahora están en convalecencia, aunque la tos ferina sigue molestándolos.

Pronóstico.—Si en esta epidemia es favorable, en general, aquí no ha podido serlo más, pues mientras algunas estadísticas dan la mortalidad, para niños menores de un año, de 51 por 100; para los de uno á cuatro, de 34 por 100, y para los de cinco á ocho, de 6 por 100, en la que voy reseñando no ha

pasado—comprendiendo todas las edades—del 3 por 100, incluídas, como es natural, las invasiones de que no se da cuenta detallada, pues sólo nos las han dicho á los médicos al visitar á otros niños, hermanos ó vecinos, afirmando que no avisaron las madres porque ya sabían lo que había que darles, y porque así no tendrían que esperar la llegada del médico y podrían ocuparse en sus faenas.

Para juzgar con más claridad de la benignidad de la epidemia, insertaré á continuación la lista de los enfermos asistidos por esa dolencia, con expresión del sexo y terminación de la enfermedad por curación ó por muerte, que indicaré con iniciales, dejando de publicar los nombres por ignorar muchos, y omitiendo el tratamiento en los casos sencillos, que ya lo inserto más adelante, y anotando sólo el de las complicaciones laríngeas, del que también más adelante hago algunas consideraciones. Los casos en tratamiento los indico con iniciales. La duración normal, en abreviatura.

Debo hacer constar, en honor á la verdad, que el escaso trabajo de esta Memoria será el que á mí me corresponda; el mérito, en la asistencia, á mis dignos compañeros todos de la localidad.

No me ha sido posible recoger datos escritos, que como comprobantes conservo, más que de los Sres. D. Pedro María Lozano y D. Francisco Muñoz; los demás datos son verbales.

Mis asistidos están englobados con los de mis compañeros citados, correspondiendo el mayor número de invasiones al señor Lozano.

Y ahora paso al detalle de la marcha de la epidemia.

Tuvo su entrada, como he dicho, ó se registraron las primeras invasiones, en la proximidad de la carretera de Ciudad Real.

Por la calle del Hospital, que es muy corta, se llega á la Plaza de Almagro, donde *se dió el primer caso en el Cuartel de la Guardia civil*—donde hay muchos niños,—que hace esquina á las calles de *Amargura* y *Santa María*, afluentes, como la de *San Antonio* y *Hospital* mencionadas, á aquella plazuela.

Afluyen: á la del *Hospital*, la de la Caridad; á la de *San An-*

tonio, Almagro; á la de la *Amargura*, Plaza de San Pedro, Progreso y General Espartero; y á la de *Santa María*, San Roque, Pacífico y Alarcón.

Se observará un barrio entero, semejante á un paralelógramo, entre las carreteras á Ciudad Real y Valdepeñas.

En esas calles, como diré en seguida, la epidemia se multiplicó extraordinariamente. Después la conflagración fué general, hasta algo más allá del centro, extensa plaza, llamada Parterre, comprendiendo dos terceras partes del pueblo.

Un mes ó dos estuvieron indemnes las calles posteriores á este jardín, y donde está el Teatro, en el que se dieron funciones en la época de feria, y donde hay una iglesia parroquial, la de Santa María, y una escuela elemental.

Abriéronse, según se recordará, las escuelas de nuevo, á poco de celebrarse la feria y reingresar los hortelanos, y fué invadida la otra tercera parte de la población, que aún la padece.

Se ve, pues, que el contagio ha sido ordenado, sistemático, como el reguero de pólvora.

¿A qué se debe?

Creo que á las circunstancias de estar sembradas de *amigas*, ó almacenes de párvulos, las populosas calles del barrio primeramente invadido; á la de concurrir los de mayor edad del mismo barrio á dos escuelas elementales, que no son capaces tampoco, y á la de frecuentar los adultos los mismos templos, ermita de San Roque y parroquial de San Pedro.

Del mismo modo, el contagio de la renovación de la no extinta epidemia en Septiembre por toda la tercera parte del pueblo hasta entonces generalmente inmune, se debe á que también concurrieron á escuelas y templos, el de Santa María sobre todo, los habitantes de esas barriadas.

Calle de la Amargura.

Cuartel.

1.°—Un varón de cuatro años: duración normal sin complicación.—Curado.

2.°—Dos hembras de tres años: dur. norm.—C.

En el núm. 27.

3.°—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 23.

4.°—Una hembra de nueve años. Había padecido antes paludismo y se complicó con fiebre gástrica, que prolongó la enfermedad quince días.—C.

En el núm. 11.

5.°—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
6.°—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 5.

7.°—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 10.

8.°—Una hembra de ocho años que poco antes de ser invadida padeció fiebre gástrica: quedó anémica un mes ó más.—C.
9.°—Una hembra de seis años, con catarro gástrico.—C.
10.—Un varón de cuatro años que padecía paludismo, quedó padeciendo anemia palúdica.—C.
11.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
12.—Una hembra de seis años, con catarro gástrico.—C.
13.—Una hembra de ocho años, con fiebre gástrica.
14.—Quedó padeciendo anemia.—C.

Plaza de Almagro.

En el núm. 1.

15.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.
16.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.

En el núm. 3.

17.—Una hembra de tres años: quedó padeciendo conjuntivitis.—C.
18.—Un varón de un año: también se complicó de conjuntivitis.—C.

En el núm. 4.

19.—Un varón de tres años, complicado de *laringitis crupal*, fué tratado por las *inyecciones de suero antidiftérico*, y á los diez días estaba curado.
20.—Un varón de cinco años: dur. norm.—C.

En el núm. 6.

21.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.

En el núm. 10.

22.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.

23.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.
24.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
25.—Un varón de dos años, complicado de bronquitis.—C.

En el núm. 12.

26.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 12 duplicado.

27.—Una hembra de ocho años, complicada de bronquitis.—C.
28.—Un varón de diez años, también complicado de bronquitis.

Calle del Hospital.

En el núm. 9.

29.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.
30.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 17.

31.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
32.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 4.

33.—Un varón de cinco años: dur. norm.—C.
34.—Un varón de tres años: dur. norm.

En el núm. 1.

35.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

Calle de Almagro.

En el núm. 3.

36.—Un varón de cinco años: dur. normal.—C.
37.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 4.

38.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 8.

39.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.
40.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
41.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 17.

42.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.
43.—Un varón de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 18.

44.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.

45.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 19.

46.—Un varón de cuatro años, complicado de bronquitis.—C.

En el núm. 24.

47.—Un varón de cuatro años, complicado de bronquitis.—C.

En el núm. 28.

48.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
49.—Una hembra de dos años, complicada de bronco-pneumonía.—*Muerte en ocho días.*

En el núm. 34.

50.—Una hembra de dos años, complicada de bronco-pneumonía.—*Muerte en diez días.*

En el núm. 38.

51.—Un varón de seis años: dur. normal.—C.
52.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.

En el núm. 40.

53.—Una hembra de siete años: dur. normal.—C.
54.—Una hembra de seis años: dur. norm.—C.
55.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.
56.—Un varón de dos años, complicado de bronquitis.—C. Estos cuatro son hermanos.

En el núm. 44.

57.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.
58.—Un varón de un año: dur. norm.—C.
59.—Un varón de dos años: dur. norm.—C.
60.—Un varón de cinco años, complicado de bronquitis, que se hizo crónica.—*Muerte á los tres meses.*

En el núm. 46.

61.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
62.—Un varón de un año: dur. norm.—C.
63.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.

En el núm. 50 duplicado.

64.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.
65.—Un varón de siete años: dur. norm.—C.
66.—Una hembra de ocho años: dur. norm.—C.

En el núm. 52.

67.—Una hembra de seis años: dur. norm.—C.

Calle de Ciudad Real.

En el núm. 15.

68.—Una hembra de cinco años: dur. norm.—C.

En el núm. 17.

69.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
70.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 12.

71.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 39.

72.—Un varón de seis años, complicado de conjuntivitis.—C.
73.—Un varón de cuatro años, idem id.—C.
74.—Una hembra de dos años, idem id.—C.

Sin número.

75.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
76.—Una hembra de dos años, complicada de bronquitis.—*Muerte.*
77.—Una hembra de cuatro años, idem id.—*M.*

En el núm. 28.

78.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.
79.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 1.

80.—Una hembra de tres años, complicada de *laringitis crupal: inyección de suero antidiftérico.*—Curó al cabo de veinte días: no se puso más que una inyección.
81.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.
82.—Una hembra de seis años, complicada de bronquitis.—C.

Calle de Dulcinea.

En el núm. 2.

83.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.
84.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.

En el núm. 4.

85.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.
86.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.
87.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.

En el núm. 9.

88.—Un varón de cinco años: dur. norm.—C.

89.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.

En el núm. 15.

90.—Un varón de tres años, complicado de conjuntivitis.—C.

En el núm. 17.

91.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

Calle de Aguabuena.

En el núm. 4.

92.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.

En el núm. 5.

93.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.

Calle de Sancho Panza.

En el núm. 1.

94.—Una hembra de cinco años: dur. norm.—C.

Calle de Don Quijote.

En el núm. 4.

95.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
96.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.
97.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.

En el núm. 9.

98.—Una hembra de dos años: padeció bronquitis.—C.
99.—Un varón de cinco años: dur. norm.—C.
100.—Un varón de un año: padeció enteritis.—C.

En el núm. 12.

101.—Un varón de un año: padeció bronquitis.—C.

En el núm. 25.

102.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
103.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 15.

104.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.

Calle de Caridad.

En el núm. 1.

105.—Un varón de tres años: padeció bronquitis.—C.
106.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.
107.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.

Calle de San Antonio.

En el núm. 5.

108.—Una hembra de cuatro años: padeció enteritis.—C.
109.—Una hembra de dos años: padeció enterocolitis.—C.

En el núm. 12.

110.—Una hembra de cuatro años: padeció conjuntivitis.—C.
111.—Un varón de un año: padeció bronquitis.—C.
112.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
113.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.

Calle de Santa María.

En el núm. 1.

114.—Un varón de dos años: padeció de gastro-enteritis antes de la invasión.—*M*.
115.—Un varón de dos años: padeció bronquitis.—C.

En el núm. 6.

116.—Un varón de cinco años: padeció forúnculos.—C.
117.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.
118.—Un varón de tres años: padecía gastro-enteritis antes de la invasión.—*M*.

En el núm. 16.

119.—Una hembra de dos años, complicada de bronquitis.—*M*.
120.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
121.—Una hembra de seis años: dur. norm.—C.

En el núm. 9.

122.—Una hembra de cinco años: dur. norm.—C.
123.—Una hembra de siete años: dur. norm.—C.

En el núm. 18.

124.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.

En el núm. 15.

125.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.
126.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.

En el núm. 28.

127.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
128.—Un varón de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 19.

129.—Una hembra de siete años: dur. norm.—C.
130.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.

131.—Un varón de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 23.

132.—Una hembra de cuatro años: padeció bronquitis.—C.

En el núm. 36.

133.—Un varón de dos años: dur. norm.—C.
134.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.
135.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.

En el núm. 30.

136.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.

En el núm. 32.

137.—Una hembra de cinco años, complicada con *laringitis crupal: tres inyecciones de suero antidiftérico.*—A los ocho días curada.
138.—Un varón de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 46.

139.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
140.—*Un adulto de treinta años. Sangría al empezar*, por fenómenos congestivos.—C.

Calle de Alarcón.

En el núm. 10.

141.—Un varón de cuatro años. Bronco-pneumonía.—C.
142.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.
143.—Una hembra de cinco años: dur. norm.—C.
144.—Un varón de un año: dur. norm.—C.
145.—Un varón de siete años: dur. norm.—C.
146.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.
147.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.
148.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.
149.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 13.

150.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
151.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.
152.—Un varón de cinco años: dur. norm.—C.
153.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 19.

154.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 16.

155.—Una hembra de nueve años: dur. norm.—C.

156.—Una hembra de diez años: dur. norm.—C.
157.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
158.—Una hembra de dos años: padeció conjuntivitis.—C.

En el núm. 18.

159.—Un varón de cinco años: dur. norm.—C.
160.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.
161.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.

En el núm. 20.

162.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.
163.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
164.—Una hembra de un año: padeció conjuntivitis.—C.

En el núm. 25.

165.—Un varón de un año: padeció enteritis.—C.
166.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.
167.—Una hembra de seis años: dur. norm.—C.
168.—Una hembra de ocho años: dur. norm.—C.

En el núm. 29.

169.—Un varón de siete años: padeció bronquitis.—C.
170.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.

En el núm. 22.

171.—Un varón de tres años: padeció enteritis.—C.
172.—Una hembra de un año: padeció enteritis.—C.

En el núm. 31.

173.—Un varón de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 26.

174.—Un varón de siete años: dur. norm.—C.
175.—Un varón de cinco años: dur. norm.—C.
176.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.

En el núm. 45.

177.—Un varón de ocho años: padeció paludismo.—C.
178.—Un varón de seis años: también lo padeció.—C.

En el núm. 41.

179.—Una hembra de cinco años: dur. norm.—C.
180.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.

En el núm. 53.

181.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.
182.—Un varón de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 32.

183.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.

Calle de la Estación.

En el núm. 12.

184.—Una hembra de tres años, complicada de *laringitis y bronco-pneumonía. Inyecciones de suero antidiftérico:* fué curada de la laringitis; pero á los cuarenta y cinco días, y á consecuencia de la bronco-pneumonía, sobrevino la *muerte.*

185.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

Calle de San Roque.

En el núm. 2.

186.—Una hembra de seis años: dur. norm.—C.
187.—Una hembra de un año: padeció conjuntivitis.—C.
188.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.
189.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.

En el núm. 1.

190.—Una hembra de nueve años: dur. norm.—C.
191.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
192.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.
193.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
194.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 4.

195.—Una hembra de cinco años: padeció queratitis ulcerosa.—C.
196.—Una hembra de tres años: en tratamiento.
197.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.

En el núm. 9.

198.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.

En el núm. 28.

199.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
200.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 30.

201.—Una hembra de dos años: padeció bronquitis.—C.

En el núm. 32.

202.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
203.—Un varón de dos años: dur. norm.—C.
204.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 42.

205.—Una hembra de cuatro años: padeció bronquitis.—C.
206.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.

En el núm. 46.

207.—Una hembra de nueve años: padeció bronco-pneumonía.—C.

En el núm. 61.

208.—Una hembra *adolescente* (catorce años).—C.
209.—Un varón de dos años, que padecía raquitismo: se presentó queratitis ulcerosa, con pérdida de la visión y tisis del globo ocular, y al cabo de muchos días sobrevino la *muerte*.
210.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.

Calle del Pacífico.

En el núm. 15.

211.—Un varón de cinco años, con bronquitis.—C.
212.—Una hembra de tres años: dur. norm,—C.

En el núm. 4.

213.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 8.

214.—Una hembra de seis años: padeció blefaritis.—C.
215.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 16.

216.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.
217.—Un varón de cuatro años, complicado de *laringitis crupal. Una inyección de suero antidiftérico:* á los ocho días *muerte*.

En el núm. 19.

218.—Un varón de seis años: padeció bronquitis.—C.
219.—Un varón de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 20.

220.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.
221.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.
222.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.
223.—Un varón de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 23.

224.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 36.

225.—Un varón de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 47.

226.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.
227.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.

Calle-plaza de San Pedro.

En el núm. 2.

228.—Una hembra de cuatro años. Anómalo: bronco-pneumonía, que ocasionó la *muerte*.
229.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.
230.—Un varón de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 6.

231.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.

Calle de Alfonso XII.

En el núm. 8 (hijos del médico Sr. Lozano).

232.—Una niña de cinco años: dur. norm.—C.
233.—Una niña de tres años: dur. norm.—C.
234.—Un varón de un año: padecía, con anterioridad, enteritis; siguió con ella.—C.

Calle del Progreso.

En el núm. 1.

235.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
236.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 3.

237.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.
238.—Un varón de siete años: se me hizo la advertencia de que era repetición.—C.

Calle del General Espartero.

En el núm. 11.

239.—Una hembra de dos años, con conjuntivitis.—C.

En el núm. 25.

240.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
241.—Un varón de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 23.

242.—Una hembra de seis años: quedó anémica.—C.

Calle de la Magdalena.

En el núm. 5.

243.—Una hembra de cinco años, con bronquitis.—E. t.

En el núm. 16.

244.—Una hembra de tres años: en tratamiento.

Sin número.

245.—Un varón de dos años: dur. norm.—C.
246.—Una hembra de un año, con bronquitis: sobrevino la *muerte*.
247.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 15.

248.—Una hembra de dos años: en tratamiento.

Calle de Méndez Núñez.

En el núm. 5.

249.—Una hembra de dos años: reciente.—C.

Calle de Monescillo.

En el núm. 4.

250.—Un varón de tres años: bronco-pneumonía y accesos de eclampsia.—*M*.

Plaza de Lepanto.

Sin número.

251.—Un varón de siete años: dur. norm.—C.
252.—Un varón de un año: dur. norm.—C.
253.—Una hembra de cinco años: dur. norm.—C.
254.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.

Calle de Cantarranas.

255.—Una hembra de seis años: dur. norm. Había padecido bronquitis el año anterior.—C.
256.—Un varón de dos años: dur. norm.—C.
257.—Un varón de cuatro años: había, como su hermana, padecido bronquitis el invierno anterior, complicada con *laringo-traqueitis diftérica*, que tuvo asiento en las fosas nasales y en los ojos. *Inyecciones de suero antidiftérico*, sin resultado.—*M*.

Plaza.

Sin número.

258.—Un niño de dos años: dur. norm.—C.
259.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.
260.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
261.—Una hembra de cinco años: dur. norm.—C.

Calle de la Libertad.

En el núm. 6 (hijos del médico que suscribe).

262.—Un varón de un año: dur. norm.—C.
263.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.
264.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.

En el núm. 5 duplicado (hijos del médico D. Emiliano Bermejo).

265.—Una hembra de siete años: dur. norm.—C.
266.—Una hembra de cuatro años: padeció bronquitis y enteritis.—C.
267.—Una hembra de dos años: padeció gastro-enteritis.—C.
268.—Un varón de cinco años: padeció bronquitis, y todos ellos han seguido bastantes semanas padeciendo la tos ferina, excepto la mayor.—C.

En el núm. 5.

269.—Una hembra de seis años: dur. norm.—C.
270.—Un varón de cuatro años: *laringitis crupal. Una inyección de suero antidiftérico;* prolongada la curación dos meses.—C.

En el núm. 9.

271.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
272.—Una hembra de cinco años: dur. norm.—C.

En el núm. 11.

273.—Un varón de cinco años: dur. norm.—C.
274.—Un varón de siete años: dur. norm.—C.

Calle de Emilio Nieto.

En el núm. 5.

275.—Un varón de cinco años: dur. norm.—C.
276.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.

Calle de Mínimas.

En el núm. 12.

277.—Un varón de cinco años: forunculoso.—C.
278.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
279.—Una hembra de seis años: dur. norm.—C.
280.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 11.

281.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
282.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

Calle de Arenas.

Sin número.

283.—Un varón de nueve años: dur. norm.—C.
284.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.
285.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
286.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.
287.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.
288.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
289.—Una hembra de dos años, complicada de bronquitis.—*M.*
290.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.
291.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.
292.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.

En el núm. 41.

293.—Un varón de seis años, con bronquitis.—C.

En el núm. 13.

294.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
295.—Una hembra de siete años: dur. norm.—C.

En el núm. 12.

296.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
297.—Una hembra de ocho años: dur. norm.—C.
298.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.
299.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 18.

300.—Un varón de siete años: dur. norm.—C.
301.—Un varón de cuatro años: padeció intermitentes.—C.

En el núm. 39.

302.—Una hembra de seis años: dur. norm.—C.
303.—Un varón de tres años, complicado con *laringitis crupal.*—C.

Calle de la Motilla.

En el núm. 20.

304.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.

Sin número.

305.—Una niña de tres años: dur. norm.—C.

Calle de Vergara.

En el núm. 8.

306.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
307.—Una hembra de seis años: dur. norm.—C.
308.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.

Sin número.

309.—Un varón de cinco años: dur. norm.—C.
310.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 15.

311.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.
312.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.
313.—Un varón de un año: dur. norm.—C.

Calle de Mendizábal.

Sin número.

314.—Una hembra de seis años: dur. norm.—C.
315.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.

Calle de la Dehesa.

316.—Una hembra de cinco años: dur. norm.—C.
317.—Un varón de siete años: dur. norm.—C.

Calle Herrera.

En el núm. 18.

318.—Un varón de un año, con bronquitis.—C.
319.—Un varón de tres años, con enteritis.—C.

En el núm. 22.

320.—Un varón de cinco años, con enteritis.—C.
321.—Un varón de tres años, con enteritis y todas ellas consecutivas.—C.

En el núm. 36.

322.—Un varón de siete años; dur. norm.—C.

Calle de Padre López.

Sin número.

323.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.
324.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
325.—Un varón de dos años: padeció bronquitis.—M.
326.—Un varón de dos años: dur. norm.—C.
327.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
328.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.
329.—Un varón de siete años: dur. norm.—C.

En el núm. 9.

330.—Un varón de ocho años: dur. norm.—C.

En el núm. 6.

331.—Una hembra de seis años: dur. norm.—C.
332.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.

Calle del Barranco de Albacete.

En el núm. 18.

333.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
334.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 11.

335.—Un varón de dos años, complicado con laringitis.—C. —Había muerto una hermanita de laringitis crupal y otro sospechoso.

En el núm. 2. (Hijos del médico D. Francisco Muñoz.)

336.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.
337.—Un varón de tres años, complicado de *laringitis crupal intensa y grave. Inyecciones de suero antidiftérico:* á los ocho días curó.

Sin número.

338.—Un varón de siete años: dur. norm.—C.
339.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
340.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
341.—Un varón de nueve años: dur. norm.—C.
342.—Una hembra de siete años: dur. norm.—C.

Calle de Granados.

Sin número.

343.—Un varón de cinco años: dur. norm.—C.
344.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.

Calle de Cervantes.

Sin número.

345.—Un varón de cinco años: dur. norm.—C.
346.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.

En el núm. 5.

347.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.

Calle del Terrero.

En el núm. 16.

348.—Un varón de un año, anómalo. ¿Bronco-pneumonía?—*M.*

En el núm. 9.

349.—Una niña de siete años: dur. norm.—C.
350.—Una niña de cinco años: dur. norm.—C.

En el núm. 6 duplicado.

351.—Un niño de siete años: dur. norm.—C.
352.—Una niña de seis años, complicada de bronquitis, con tos ferina, y, por último, laringitis crupal y erupción escarlatinosa. Siendo dudoso el diagnóstico, le administré suero antiestreptocóccico, sin resultado.—*M.*

Calle de Peñoncillo.

353.—Un varón de cuatro años: en tratamiento.—C.

En el núm. 1.

354.—Un varón de cinco años: dur. norm.—C.

Sin número.

355.—Una hembra de cinco años: dur. norm.—C.
356.—Un niño de cuatro años: dur. norm.—C.
357.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.

Pozo de Ánimas.

358.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.
359.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.
360.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.

Calle de María Oliva.

Sin número.

361.—Una hembra de cuatro años, falleció á consecuencia de bronquitis.

En el núm. 1.

362.—Un varón de dos años: padeció bronquitis.—C.

Calle Sacristía de la Paz.

En el núm. 5.

363.—Una hembra de seis años: dur. norm.—C.
364.—Un varón de nueve años: dur. norm.—C.

Calle de Alcantarillas.

En el núm. 2.

365.—Un varón de cinco años: dur. norm.—C.
366.—Una hembra de tres años: padeció intermitentes.—C.

Barranco de Santa María.

Sin número.

367.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
368.—Una hembra de cinco años: dur. norm.—C.

En el núm. 19.

369.—Un varón de seis años, que había padecido intermitentes, quedó largo tiempo con paludismo.—C.
370.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.
371.—Un varón de un año: dur. norm.—C.

Plaza de Santa María.

Sin número.

372.—Una hembra de seis años: dur. norm.—C.
373.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.
374.—Un varón de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 6.

375.—Una hembra de cinco años: quedó con anemia palúdica dos meses.—C.
376.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
377.—Una hembra de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 4.

378.—Una hembra de tres años: quedó con tos ferina mucho tiempo.—C.

En el núm. 2.

379.—Una hembra de cuatro años: quedó con conjuntivitis largo tiempo.—C.
380.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.

Calle del Comercio.

En el núm. 6.

381.—Un varón de ocho años: dur. norm.—C.

En el núm. 8. (Hijos del farmacéutico D. Joaquín Fisac.)

382.—Una hembra de cuatro años, padecía tos ferina y sigue con ella: dur. norm.—C.

383.—Un varón de cinco años: también padeciendo tos ferina, tuvo dos erupciones ó exantemas; después que se descamó el primero, que debió ser escarlatina, se presentó el cuadro típico del sarampión.—C.

Calle del Obispo Quesada.

Sin número.

384.—Un varón de ocho años: dur. norm.—C.

Calle de Jesús.

En el núm. 3 duplicado.

385.—Un varón de seis años: quedóle conjuntivitis.—C.
386.—Un varón de dos años: quedóle conjuntivitis.—C.
387.—Una hembra de cuatro años: quedóle forunculosis.—C.

Plaza de la Paz.

388.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.
389.—Una hembra de cuatro años: anemia palúdica.—C.
390.—Un varón de dos años: quedóle enteritis.—C.

Calle de Escoplillo.

391.—Un niño de nueve años: dur. norm.—C.

Calle de Molino de Boreda.

392.—Una hembra de seis años: padeció bronco-pneumonía.—C.

Calle de Castillejos.

393.—Un varón de dos años: dur. norm.—C.
394.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.

En el núm. 4.

395.—Un varón de dos años: dur. norm.—C.
396.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.

En el núm. 6.

397.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.

Calle de Colón.

398.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.

Calle del Pósito.

399.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.

En el núm. 16.

400.—Un varón de siete años: dur. norm.—C.
401.—Una hembra de nueve años: dur. norm.—C.

Plaza de Tetuán.

402.—Una hembra de cuatro años, con paludismo.—C.
403.—Una hembra de dos años, que también lo tenía.—C.

Calle del Cristo de la Luz (Lavadero).

404.—Una niña de cuatro años: dur. norm.—C.
405.—Un niño de dos años: dur. norm.—C.

Calle de Barreros.

En el núm. 7.

406.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.

Sin número.

407.—Un varón de cinco años: dur. norm.—C.

Quedan varias calles en el barrio del Alto sin tener noticia de invasiones; vuelven á presentarse en la calle de Arenas al terminar esta Memoria, y con ellas se enlazan las siguientes:

Calle de Quevedo.

En el núm. 7.

408.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.
409.—Un varón de dos años: *eclampsia* inicial. Era muy *comilón*, en frase gráfica.—C.

En el núm. 9.

410.—Una hembra de cinco años: dur. norm.—C.
411.—Un varón de cuatro años: bronquitis é intermitentes consecutivas.—C.
412.—Un varón de dos años: enteritis consecutiva.—C.

En el núm. 11.

413.—Una hembra de once años: dur. norm.—C.

En el núm. 15.

414.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.

En el núm. 1.

415.—Una hembra de seis años: dur. norm.—C.
416.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.
417.—Un varón de un año: dur. norm.—C.

Calle de Prim.

En el núm. 15.

418.—Una hembra de cinco años, complicada de laringitis crupal intensa, tratada con inyecciones de suero antidiftérico.—*M.*
419.—Un varón raquítico por enteritis crónica.—*M.*

Calle Nueva.

En el núm. 18.

420.—Un varón de dos años: dur. norm.—C.

En el núm. 19.

421.—Un varón de cinco años: dur. norm.—C.

En el núm. 32.

422.—Un varón de seis años: quedóle conjuntivitis, que aún persiste, y el sarampión.—C.
423.—Una hembra de cuatro años: quedóle conjuntivitis.—C.
424.—Una hembra de dos años: quedóle conjuntivitis.—C.

En el núm. 34.

425.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.

En el núm. 36.

426.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.

En el núm. 17.

427.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.
428.—Un varón de un año, complicado de bronquitis capilar á los tres días.—*M.*
429.—Un varón de dos años: quedóle conjuntivitis.—C.

Sin número.

430.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.

Calle de la Jabonería.

En el núm. 5.

431.—Un varón de tres años: dur. norm.—C.
432.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.

Calle de Sagunto.

En el núm. 4.

433.—Un varón de tres años, con tos ferina antes y después del sarampión.—C.
434.—Una hembra de siete años, con tos ferina antes y después del sarampión.—C.
435.—Un varón de dos años, con tos ferina antes y después del sarampión.—C.

Calle de Calixto Hornero.

En el núm. 29.

436.—Un varón de cinco años: dur. norm.—C.
437.—Una hembra de tres años: dur. norm.—C.

En el núm. 10.

438.—Un varón de ocho años: dur. norm.—C.

Calle de Manzanares.

En el núm. 23.

439.—Un varón de dos años: dur. norm.—C.
440.—Un varón de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 26.

441.—Una hembra de doce años: dur. norm.—C.
442.—Un varón de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 28.

443.—Un varón de seis años: dur. norm.—C.

En el núm. 30.

444.—Un varón de cuatro años: dur. norm.—C.

Calle del Triunfo.

En el núm. 14.

445.—Un varón de cinco años: dur. norm.—C.
446.—Una hembra de dos años: dur. norm.—C.

Calle de Miguel Angel.

447.—Un varón de un año: dur. norm.—C.

Calle de la Victoria.

En el núm. 11.

448.—Un varón de dos años: dur. norm.—C.
449.—Una hembra de cuatro años: dur. norm.—C.
450.—Un varón de un año: dur. norm.—C.

En el núm. 14.

451.—Un varón de tres años, á quien le quedó conjuntivitis.—C.
452.—Un varón de un año: dur. norm.—C.

Tratamiento empleado.—Pídese que al tratar de una epidemia en estas Memorias se exponga la medicación que haya sido más provechosa. Mas como aquélla ha revestido caracteres de benignidad bien notables, poco es lo que tengo que decir sobre esto, recordando al efecto lo que al hablar del sarampión en general tengo transcrito: dejar obrar á las fuerzas de la naturaleza, en todos los casos en que no ha habido complicaciones: ese ha sido el tratamiento.

Es natural que los cuidados que pudieran llamarse higiénicos los he recomendado eficazmente: lavatorios de los ojos, nariz y boca con disoluciones templadas de ácido bórico ó cocimientos emolientes; dieta de leche y ligeros caldos—aunque la mayoría de los niños se negaban á beber;—aconsejé también mucho que no recargasen demasiado de ropa á los niños, para que estas molestias no les martirizaran más y no dieran lugar á brotes de *miliar*, por ejemplo, que empeorasen la situación, y dispuse—aunque lo he visto aconsejado,—siempre que podía ver al niño con los primeros anuncios, esto es, al principio de la invasión, siempre que el enantema no estuviese ya muy pronunciado, el uso de ligeros purgantes y el empleo de enemas emolientes. A esto creo que se ha debido el que mis enfermitos, como los de otros compañeros que supe hacían lo mismo, no tuviesen la fiebre más alta y no se les presentasen accidentes eclámpsicos por reflejos intestinales.

Finalmente, siempre cuidé de no dejar de recomendar que no permitiesen á los niños, al principiar la convalecencia, el

uso de alimentos indigestos, ni la exposición á las corrientes y á bajas temperaturas.

Cuando los trastornos regulares que el exantema ocasiona excedían de ciertos límites, ó cuando las complicaciones estallaban, procuraba oponerme á ellas empleando el *jarabe de ipecacuana con 2 centígramos de tártaro emético* por treinta gramos de jarabe, las más veces (pues el jarabe solo no obraba como se quería), en las bronquitis, aconsejando cada tres horas una cucharada pequeña de aquél, seguido de la ingestión de una grande de agua caliente hasta conseguir el vómito, que se presentaba por lo común al tomar la tercera ó cuarta cucharada. Siempre las familias se excedían, á pesar de rogarles y mandarles que no lo hicieran, y daban todo el resto del jarabe de una vez, que no producía efecto hipostenizante, porque los determinaba purgantes.

Si el efecto del vómito no desembarazaba, por esa especie de expectoración mecánica que al mismo tiempo de vomitar se produce, de mucosidades las vías aéreas, y la disnea y color de la piel, fiebre alta y estertores, en fin, denotaban que la bronquitis no cedía, en seguida disponía revulsivos al tórax, y me han dado buen resultado, por la rapidez de su acción, ausencia de dolor, y limpieza y facilidad de aplicación, las pinceladas sobre las paredes torácicas en espacios pequeños, en cada lado algunos centímetros en cuadro, del *vejigatorio líquido de Bidet*.

Como la tos desprende mucosidades, no he procurado calmarla, y en los casos de tos ferina, tan rebelde como es notorio á todo recurso, me ha dado buen resultado el *clorhidrato de fenocola en una emulsión gomosa*, ó en una simple infusión teiforme, por ejemplo, al 1 por 100, y aumentando algo esa proporción de los tres años en adelante.

El prurito era á veces tan molesto, que impulsaba á los pequeños á arrojarse en los brazos de los que les rodeaban, y á echarse fuera de sus lechos, por lo que procuré mitigarlos con fricciones de vaselina boricada, ó simplemente espolvoreando la piel con almidón.

Me ocuparé con alguna extensión de la complicación que,

además de la bronquitis y bronco-pneumonía y enteritis, arrebata mayor número de víctimas en esta enfermedad.

Algunas consideraciones sobre las complicaciones laríngeas y su tratamiento.—El doctor alemán Buginsky menciona así la *laringitis* que acompaña á padecimientos generales como el *sarampión:* «El cuadro anatómico de la enfermedad puede determinarse con frecuencia *in vivo,* por el examen laringoscópico.»

Y después añade que «no es una de las más fáciles maniobras para el médico,» aunque la cree posible con algún ejercicio, paciencia y una buena fuente luminosa.

Yo he intentado introducir el espejo laríngeo en el caso número 81, y no pude conseguirlo—es natural que por mi falta de práctica;—de modo que aunque estaba provisto de lente frontal y muy interesado en reconocer la laringe de aquel niño, que su madre traía en brazos á mi despacho, siendo su angustiosa respiración un silbido, sus golpes de tos ladridos, y su semblante el del que se asfixia, no pude conseguirlo: hubiera necesitado abrebocas y colocar al niño como para la intubación, y aun así no hubiera podido reconocer la laringe.

También opina aquel autor que la depresión de la base de la lengua y los vómitos que al niño le produce, pone de manifiesto la epiglotis y parte de los cartílagos ariteno-epiglóticos. Esto lo creo más fácil, y así lo he conseguido ejecutar, aunque las mucosidades y materias vomitadas dificulten el examen.

Por último, sostiene que los niños que tienen afecciones laringo-estenósicas y tienen temor por su vida, se dejan laringoscopizar de buen grado, operación hoy más fácil por la aplicación de la cocaina al 2 por 100 á la mucosa faríngea.

No es lo mismo reconocer á un adulto en buenas condiciones de sujeto y objetos que á un niño que se asfixia, y á la luz de un candil mal aderezado, por ejemplo, teniendo á la madre ó al padre por ayudantes.

«El diagnóstico del pseudo-crup, añade, lo facilita la coriza, la existencia de afección catarral de la faringe, el curso, y, finalmente, los datos laringoscópicos.» Sin estos últimos, puede ser muy difícil en ciertos casos, *sobre todo en el primer ataque,*

decidir si hay que habérselas con laringitis simple ó con laringitis membranácea genuína (crup). En el primer ataque, si es posible, debe averiguarse esto. ¿No es posible? Pues si el suero antideftérico—y esto lo repetiré varias veces—es inocuo, no hay inconveniente en inocularlo, porque ese crup puede ser diftérico; más adelante se detalla esto.

Aunque el médico rural—es como escribo—estuviera acostumbrado á practicar la laringoscopia, vencidos los inconvenientes señalados antes, todavía quedaba por resolver si las materias expectoradas contenían el bacilo de Klebs-Löefler.

¿Qué hacer, pues, teniendo á mano remedio para el mal y careciendo de medios para el examen?

Esperar, puesto que no hay microscopio, á que un examen macroscópico nos enseñe en alguna ocasión una membrana.

¿Aguardar, para asegurar el diagnóstico (sabido es que los avisós ó la visita á nuestra casa con el niño enfermo no son por lo común cuando se avecina el conflicto y hay aún síntomas de catarro, de una epidemia, por ejemplo, sino cuando ha estallado el mal); esperar, digo, á que la difteria, si de ésta se trata, se manifieste en otras mucosas heridas por la enfermedad y más ostensibles, la *ocular*, por ejemplo?

No divago al hacer esta pregunta, pues en el caso núm. 258 se desarrolló la difteria en la conjuntiva del ojo izquierdo y luego se inició en el derecho, después de haber empezado por los síntomas laringo-estenósicos ordinarios, pues yo estaba viendo todos los días al niño. Aunque éste sucumbió, yo, que sospechaba lo terrible del ataque, le había inoculado ya el suero antidiftérico.

No niego la posibilidad de examinar, siquiera sea ligeramente, la epiglotis por medio del depresor de la lengua, ejerciendo suave presión sobre la base de la misma con habilidad, rapidez y sin herir la mucosa (que, como es sabido, provocaría el conflicto diftérico más terrible, por las asociaciones microbianas, de streptococus, etc., al bacilo diftérico). Lo que sí niego es el valor que se pretenda dar al examen laringoscópico en estos casos, ya que especialista español tan competente en estos estudios como operador peritísimo en estas ocasiones, el Director

del Instituto microbiológico de Madrid, Dr. Llorente, opina que «es bien difícil, como todos lo han reconocido, un examen laringoscópico en los niños diftéricos, y no debe ser considerado como un procedimiento clínico de investigación.»

Y además se incurre en graves errores diagnósticos al desechar, por no percibir membranas, el de garrotillo diftérico.

A esto me refería en uno de los párrafos anteriores.

Sabidas son las condiciones de vida del bacilo diftérico aerobio ó que se desenvuelve en contacto del oxígeno del aire y pulula en medio ligeramente alcalino, reposo y obscuridad: puede, pues, habitar, inaccesible á nuestra vista, en la cara posterior de la úvula, ó en posición de la epiglotis, por ejemplo.

¿Pues no es inofensivo, vuelvo á repetir, el suero antidiftérico? ¿Por qué no practicar inyecciones en estos casos?

Después de detallar las diferencias entre el crup fibrinoso (garrotillo) y el crup diftérico, dice el autor citado: «Mientras que de una parte no puede negarse que anatómicamente son demostrables diferencias seguras entre el crup diftérico y la laringitis fibrinosa, se debe, por otra parte, admitir que ambos procesos se combinan con frecuencia, y no siempre permiten una distinción precisa.»

Después de describir con patéticos y tristes colores el angustioso estado del niño que se asfixia, exclama: «*Cualesquiera que sean las lesiones* anatómicas en la faringe, los síntomas laringoestenósicos ulteriores se desarrollan con rapidez, *de la misma manera,* en ambas enfermedades.»

«¿Cuál es la causa de la horrible dificultad de respirar?» se pregunta.

«No es fácil practicar el examen laringoscópico en los niños,» dice ahora, cuando en otro lugar, como se ha visto, afirmaba lo contrario, asegurando que «los niños que sufren de graves afecciones laringo-estenósicas y tienen temor por su vida, se dejan á veces laringoscopizar de buen grado.»

A consecuencia de la tumefacción de las cuerdas vocales, inmovilización de los cartílagos aritenoides, depósito de masas fibrinosas en el espacio inter-aritenoideo, se estrecha el orificio de la glotis, por donde más que respiración se verifica un silbido

que estremece á cuantos le han oído una vez tan sólo, y éste lo mismo en una que en otra forma del crup puede verificarse.

El diagnóstico diferencial se *deduce*, por lo general, según el mismo autor alemán, de la existencia demostrable de placas diftéricas en la faringe ó en la mucosa nasal, y de la tumefacción de los ganglios linfáticos submaxilares.

Cree que respecto del pronóstico nada puede deducirse acerca del éxito de la traqueotomía en las dos formas de crup, por la *constante combinación* de ambas.

¿Qué más para alentarme á obrar como obro?

En lo sucesivo, tanto en los casos esporádicos de crup ó garrotillo, como en las epidemias de sarampión que los originen, obraré como si se tratara de crup diftérico.

Así lo he hecho y lo han practicado antes otros compañeros.

En esta epidemia he observado, y anotados van, casos de laringitis diftérica, comprobados por las placas en las mucosas visibles, y casos de laringitis crupal.

Luego ambas manifestaciones del crup se presentan como complicación del sarampión.

Por eso á las dos combato con las mismas armas: con el suero antidiftérico.

Respecto á lo que pudiera objetarse de que en aquel exantema he salvado á algunos niños ó he creído salvarlos con dichas inyecciones, y se hubieran curado solos porque lo que tenían era laringitis catarral y laringitis estridulosa ó falso crup, responderé que, aun sin contar con los elementos de diagnóstico clínico, de prolongación de la disnea y otros en el garrotillo—creo que así me expreso mejor,—los muertos hablarán, y pase la paradoja censurando á otros, no á mí, si por pueriles temores no practico una inyección (y no es éste el lugar de demostrar cómo ejerce su acción el suero antidiftérico) al principio, y quiero practicarla ya tarde.

En esa *laringitis* catarral, cuando no ha habido más que tos ronca, ligera afonía y poca disnea, me he limitado, aunque esta tos haya tenido los tonos crupales tan frecuentes y la disnea suba á verdaderos accesos de sofocación (que siempre son distintos de los del garrotillo), á disponer que en las inme-

diaciones del lecho (y que los enfermitos se niegan á hacer uso de los aparatos inhaladores) se coloquen vasijas de ancha superficie y poco fondo, con agua que desprenda vapores cálidos, y en la que disponía volcasen terrones de cal viva, plantas aromáticas y balsámicas ó líquidos alcalinos, que fluidifiquen las mucosidades al respirar.

En la laringitis estridulosa, ó espero arma al brazo, ó no dejo pasar el tiempo si veo que la disnea y la fiebre permiten con cortas remisiones, y no disminuyen la afonía, la angustia y terror del semblante, los movimientos de desesperación del niño, llevando sus manos al cuello, etc., y practico en seguida una inyección de suero antidiftérico de 10 centígramos, ó dos frascos de esa cantidad seguidos, según la gravedad del caso.

Y no hay que decir que inyecto menos cantidad de suero, si las unidades antitóxicas de éste corresponden á los 10 centígramos del que yo empleo con más frecuencia, que es el preparado por nuestro compatriota el Dr. Llorente.

La inyección la repito á las doce ó veinticuatro horas, y á veces hago á otro día otra inyección.

He preguntado, he escrito, he indagado sobre la existencia de suero verdaderamente antisarampionoso, y en el Instituto citado, y en las cartas de ilustrados compañeros, se me dice lo mismo: «No hay suero contra el sarampión.»

Pues concluiré como empezaba este capítulo:

«El éxito del médico en el tratamiento del sarampión, depende del diagnóstico y tratamiento de las complicaciones.»

Pero es preciso que al médico le ayuden, disponiendo que los pobres benéficos puedan adquirir esos medios de tratamiento, y aun que los pobres médicos—á quienes ni aun nuestras dotaciones mezquinas nos pagan—podamos adquirir otros medios, como cajas de intubación y licencias trimestrales para cursos prácticos de bacteriología y especialidades.

¡Feliz el médico—dice el Dr. Jüngirren—que no tiene que luchar con la miseria de la vida, con la triste indigencia de su clientela!

Y lo que no es menos triste—debiera añadir,—¡con la indigencia propia!

Estadística.—Ya hice mención de que muchos invadidos habían curado sin asistencia, por no reclamarla. ¿Qué valor se puede dar á este dato? Ninguno; y en realidad tiene mucho, pues á poco que aumente el número de curados en el estado que acompaño, la proporción de fallecidos será menor.

Es decir, que las defunciones se saben todas: de ellas no se oculta ninguna; pero las curaciones nos las ocultan, porque no es fácil ir averiguándolas casa por casa.

Si á esto se añade que los facultativos D. Ramón Fisac y Don Emiliano Bermejo, en sus asistencias, han tenido también escasísimo número de defunciones, la proporción de mortalidad ha sido, sin duda, de 3 á 4 por 100.

He aquí ahora el cuadro en que se resumen las observaciones contenidas en esta Memoria respecto al número de curados y fallecidos en la epidemia de sarampión actual en Daimiel, desde el 15 de Mayo á igual fecha de Noviembre:

Número de invasiones, 454.—Curados, 431; fallecidos, 23. Total, 454.

Que corresponden al 5,06 por 100.

Como he hecho algunas consideraciones sobre las complicaciones laríngeas y su tratamiento, publico, tomándolo de las observaciones de la Memoria también, un extracto comprensivo de dichas complicaciones:

Complicados de laringitis crupal tratados por el suero antidiftérico.—Tratados, 10.—Curados, 6; fallecidos, 4. Total, 10.

CONCLUSIONES

I. La epidemia actual de sarampión en Daimiel ha revestido los caracteres generales asignados á las epidemias de erupciones exantemáticas.

II. El exantema de que se trata es endémico en Daimiel, aunque un contagio de fuera de la población ha venido á despertar, por decirlo así, la epidemia.

III. Esta ha sido muy benigna y no he necesitado tratamiento alguno especial.

IV. Se ha demostrado una vez más que el mayor vehículo para el contagio es el hombre.

V. No se conoce el germen de ese contagio.

VI. Es desconocido el medio de preservación fuera del aislamiento.

VII. Tampoco para la curación existe tratamiento especial.

VIII. El éxito del médico en el tratamiento del sarampión depende del diagnóstico y tratamiento de las complicaciones.

IX. Las complicaciones laríngeas, en cuanto revistan el carácter crupal, sea ó no sea diftérico, deben ser tratadas empleando el suero de este nombre.

Daimiel 28 de Noviembre de 1904.

DICTÁMENES DE SECCIONES Y COMISIONES

APROBADOS POR LA ACADEMIA

I

De la Sección de Farmacología y Farmacia acerca de varias obras de M. Schlagdenhauffen, de Nancy.

Por la Secretaría general de la Real Academia se han remitido á esta Sección, para que emita su informe, las obras de que es autor en colaboración M. Schlagdenhauffen, de Nancy, que solicita el título de Socio corresponsal de esta Corporación.

Aunque, según el art. 19 del Reglamento vigente, no se consideran los folletos como trabajos propios para adquirir el título que pide el solicitante, son de tal naturaleza é importan-

cia los trabajos presentados, que la Sección no tiene inconveniente en dictaminar acerca de ellos, con tanto más motivo, cuanto que el que se refiere al *Estudio del género Coronilla* puede considerarse como un verdadero libro ú obra dedicada exclusivamente al conocimiento de dicho género botánico.

El primero de estos trabajos, *Nouvelles recherches sur le vrai y sur le faux Jequirity*, es un opúsculo impreso en Ginebra en 1887, y escrito en colaboración del Dr. Heckel, Profesor de la Facultad de Ciencias y de la Escuela de Medicina de Marsella. —Consta de 22 páginas en 4.º prolongado á dos columnas, con una lámina intercalada en el texto, en negro y en color, representando la forma y estructura de las semillas.

El asunto sobre que versa no era ya nuevo en la fecha en que se escribió; pero presentan los autores datos no conocidos de alguna importancia relativos á la diferente estructura del tejido del embrión y á la composición química del verdadero Jequirity y de la semilla de Condorí, que contribuyen á hacer más marcadas las diferencias que existen entre estas dos semillas, si bien no es fácil confundirlas con sólo atender á sus caracteres exteriores. Pero de todos modos, como en algún caso pudiera existir confusión, conviene prevenirse, y por esta razón los autores del trabajo de referencia han hecho análisis comparativos de las dos semillas, y después de aislados los principios inmediatos de cada una, han demostrado por su análisis elemental las notables diferencias de unos y otros; resultando de estos experimentos que la verdadera semilla de Jequirity, además de un principio flogógeno de antiguo conocido, que es el alcaloide llamado *jequiritina*, descubierto por los químicos Bruytans y Vennemann, contiene *ácido ábrico*, que, según los autores de este trabajo, debe considerarse como un glucósido, y no como ácido, y proponen sustituir este nombre con el de *abrina*.

Las semillas de la *Adenantera pavorima*, L., ó sea el *Condorí*, carecen en absoluto de estos principios, si bien los elementos bacilares que se desarrollan por maceración son iguales á los que se producen con el verdadero Jequirity; de lo que se deduce que esta última semilla no puede sustituirse con el Condorí, porque mientras ésta no presenta las propiedades flogógenas,

la verdadera semilla las tiene muy acentuadas, lo que es una consecuencia natural de su diferente composición química, y no de la formación y naturaleza de los bacilos de sus macerados, como antes se creía.

Etude de la Coronillina se titula el segundo trabajo del Doctor Schlagdenhauffen, escrito en colaboración del Dr. Reeb, y publicado en Strasburgo en 1901.—Forma un opúsculo de 14 páginas en 4.°, con dos láminas litografiadas que representan líneas cardiográficas de la rana.

En él se estudian las propiedades físicas y químicas de la *Coronilina* extraída de la *Coronilla scorpioides*, *C. varia*, *C. montana* y *C. juncea*, para demostrar la gran analogía que esta substancia presenta con las diversas variedades de digitalinas conocidas. Como este principio, la Coronilina presenta las reacciones de los glucósidos, y bajo el punto de vista fisiológico, en lo que concierne al corazón de la rana, su acción es casi idéntica. Se comprende, por lo tanto, la necesidad y el interés que debe haber en la determinación de los caracteres distintivos de estos dos glucósidos, ambos eminentemente tóxicos.

Las reacciones coloreadas de estas dos substancias con los ácidos sulfúrico, clorhídrico y acético puros, ó mezclados con bromo, alcohol ó cuerpos oxidantes, son casi iguales, y en algunas de ellas imposible de notar diferencias, como se demuestra en la tabla ó estado comparativo formado por varios ensayos. Y de esta comparación resulta que la Coronilina sólo se puede distinguir de las digitalinas por la coloración rojo de cereza que adquiere en contacto del ácido nítrico fumante, solo ó adicionado de un oxidante, pues las digitalinas en iguales condiciones dan color azul, violado, amarillo anaranjado ó salmón, según su procedencia.

Después de esto, tratan los autores de otra cuestión no menos importante, que es la investigación analítica y toxicológica de la *Coronilla*, y como punto de partida hacen un estudio de la sensibilidad de algunos reactivos, á fin de descubrir más fácilmente el glucósido aislado ó mezclado con diferentes substancias de uso común en la alimentación, admitiendo como el mejor y el más indicado en la generalidad de los casos el áci-

do nítrico fumante mezclado con una corta cantidad de cloruro cúprico que produce una coloración rojo de cereza vivo en presencia de la Coronilina, y cuyo límite de sensibilidad es de 0,00025 gramos. Explican en seguida los experimentos hechos mezclando al pan, á varias legumbres cocidas, á la carne y á la cerveza, ya Coronilina pura en mínima cantidad, ya semillas de varias especies de Coronillas, y en todos los casos han descubierto el glucósido, sometiendo las substancias á un tratamiento alcohólico primero y empleando después el reactivo indicado.

Como este principio presenta una actividad tan enérgica y puede considerarse como un veneno cardiaco, se han hecho también investigaciones toxicológicas á fin de averiguar el grado de su toxicidad. Los experimentos se han hecho con ranas, conejos, conejillos de Indias y perros, ya por ingestión en el tubo digestivo, ya por inyección hipodérmica; y entre otros resultados, se citan el de un perro de 20 kilos de peso que murió á las veinticuatro horas de haberle dado por la vía digestiva 70 miligramos de substancia, habiendo tenido vómitos poco después de administrada, y el de otro perro de 10 kilos de peso que murió á consecuencia de una inyección de un miligramo del glucósido. Sometidos varios restos de estos animales (sangre, pulmón, corazón, hígado, músculos y riñones) á los tratamientos propios de una investigación toxicológica, se ha conseguido descubrir en todos los casos la Coronilina, valiéndose del reactivo ácido nítrico con cloruro cúprico.

La acción fisiológica de la Coronilina consiste en disminuir los movimientos del corazón y producir la muerte por paralización del sístole de este órgano. Las dos láminas que acompañan á este opúsculo demuestran gráficamente esta acción sobre distintos animales.

Por último, calculando sobre la media de las dosis mínimas tóxicas para los perros, se deduce que para provocar la muerte de un hombre adulto de 75 kilos de peso serían necesarios 102 diezmilígramos de Coronilina; pero la experiencia clínica prueba, sin embargo, que esta cantidad es soportada perfectamente por el hombre, y que los efectos fisiológicos y terapéuticos

de esta substancia no se hacen sensibles sino á partir de una dosis de 2 decígramos.

Mucho más importante que los dos trabajos anteriores es el tercero, que viene á ser una ampliación del último citado, y que constituye un verdadaro libro de 154 páginas en 4.º mayor, con 36 láminas litografiadas y 13 intercaladas en el texto, y cuyo título es *Contribution à l'étude du genre Coronilla*, etc., publicado en Strasburgo en 1896 y premiado por el Instituto (Academia de Ciencias) en 1899 con el premio Barbier.

Alentados los autores por los resultados obtenidos de sus trabajos en el estudio de la Coronilina, y en vista de la extrañeza y sorpresa que les causó ver entre los granos de una cebada, destinada á la fabricación de cerveza, algunos granos de varias semillas que comprobaron ser de coronilla, juzgaron indispensable practicar nuevos experimentos, investigar nuevos datos y estudiar ampliamente las especies de este género, teniendo en cuenta la facilidad con que en algunas localidades pueden resultar mezclados los frutos de los cereales con las semillas de las coronillas, y ser, por tanto, más ó menos tóxicos, pero siempre perjudiciales á la salud, la cerveza, el pan y otros alimentos, que con dichos frutos ó con sus harinas se elaboran. Estudio que ha de reportar gran interés bajo el punto de vista de la ciencia pura y de sus aplicaciones.

Dividen esta obra sus autores, á la que con exagerada modestia califican de Memoria, en cuatro partes. La primera está consagrada al estudio botánico del género *Coronilla* y de sus especies, extendiéndose al principio en consideraciones históricas acerca del verdadero lugar que la *Coronilla scorpioides* debe ocupar en las clasificaciones, decidiéndose á colocarla en este género, teniendo en cuenta principalmente la naturaleza y disposición de su fruto, y siguiendo en esto las opiniones de Koch y Boissier. Entran después en la descripción detallada de todas las especies del género, fijándose principalmente en la *C. emerus*, *C. varia*, *C. scorpioides*, *C. glauca*, *C. montana*, *C. vaginalis*, *C. minima*, *C. juncea* y otros; y terminan con el estudio histológico de la raíz, tallo, hoja, pericarpio y semilla de algunas de las especies citadas, para demostrar las diferencias, poco

notables en verdad, que entre ellas existen, siendo las más importantes las referentes al pericarpio. Para la mejor inteligencia de todo lo descrito existen 22 láminas explicativas de los ejemplos indicados.

La segunda parte se refiere al estudio químico, tan importante ó más y tan detallado como el anterior. No habiendo otros datos conocidos respecto á la composición de la *Coronilla*, sino los muy escasos, incompletos y poco científicos aportados en 1830 por Peschier y Jacquemin sobre la *C. varia*, en la cual descubrieron un principio amargo, que creyeron igual á la catartina ó citisina, determinaron los autores de este libro emprender nuevos trabajos para verificar el verdadero análisis de esta especie, así como también de la *C. scorpioides*, pues ambas se mezclan con los frutos de los cereales y contribuyen á producir un pan de mala calidad, y además de la *C. emerus*, cuyas hojas están reputadas como purgantes desde tiempo inmemorial, y de las *C. montana*, *glauca*, *pentaphylla* y *vaginalis*, para establecer un paralelo entre la composición químico-elemental de todas sus semillas.

De los minuciosos datos, expuestos con toda precisión, se deduce que todas las *Coronillas* analizadas, menos la *C. emerus*, contienen *Coronilina* en sus semillas, y además un principio aromático que llaman *pseudo-cumarina*, aceite fijo, materia colorante y tanino.

Como los autores habían hecho ya un estudio especial de la Coronilina, del cual hemos hecho mención anteriormente, amplían en el trabajo que ahora nos ocupa, con nuevas investigaciones, todo lo que se refiere á esta substancia, deduciendo, como consecuencia de las mismas, la toxicidad de casi todas las especies del género.

Una vez terminada esta interesantísima parte entran en la tercera, en la que se ocupan de los resultados obtenidos en las experimentos fisiológicos practicados en diferentes animales, con el extracto alcohólico de las *Coronilla glauca*, *scorpioides*, *varia*, *pentaphylla*, *montana* y *juncea*, con el principio activo aislado de estas plantas y con sus semillas.

El conjunto de todos estos experimentos prueba que el ex-

tracto alcohólico de las diversas especies citadas, así como su principio activo, la Coronilina, empleados á altas dosis, constituyen un veneno del corazón, y que la intoxicación de los animales sometidos á la experimentación sigue la misma marcha que la que se observa por la administración de la digital y de la digitalina, y de la del estrofanto y estrofantina.

En estos experimentos se ha comprobado también la acción de la Coronilina sobre los tejidos, sobre las fibras cardiacas, sobre la respiración, etc., y se ha determinado la cantidad tóxica mínima de este principio, y el resultado comparativo de todos estos interesantísimos estudios se encuentra gráficamente expuesto en varias láminas del atlas que acompaña á la obra.

Termina este libro con el estudio terapéutico, reducido casi todo él al empleo del principio activo y del extracto de la *C. scorpioides*. Diez y siete son los casos que se citan de enfermos afectados de miocarditis, hipertrofia del corazón, insuficiencia mitral, arterio-esclerosis, enfisema del corazón derecho, asistolia, etc., terminando esta parte con la indicación de los casos en que la Coronilina puede producir algún efecto útil, en los que apenas es sensible su acción, y aquellos otros en que no se ha notado ninguna; deduciendo de todo lo expuesto que las *Coronillas*, y especialmente la *Coronilina*, en manos expertas y de prácticos hábiles, son medicamentos cardiacos, dignos de fijar la atención en ellos, y de sacar del olvido en que desde antiguo se han tenido á estas plantas, cuyas propiedades fueron ya entrevistas por Dioscórides y Plinio.

Contribution à l'étude chimique et physiologique du genre Erysimum, titulan otro de los trabajos presentados por los mismos autores, en forma de folleto, de 23 páginas con 15 láminas litografiadas, publicado en 1900.

En realidad, este título no corresponde al objeto fundamental expuesto en este trabajo, puesto que los estudios, experiencias y consecuencias que de los datos que en él se presentan pudieran sacarse, no pertenecen á todas las especies, ni siquiera á algunas de ellas del citado género botánico, sino á una sola. Los autores confiesan que por falta de primera materia de las especies *Erysimum alliaria, E. cheriantoides, E. pulchrum, E. vir*

gatum, etc., han trabajado solamente por tenerlas en gran cantidad con las semillas del *E. nanum compactum aureum*, si bien prometen continuar sus estudios con otras semillas y comparar con los nuevos los resultados obtenidos en la actualidad.

Una circunstancia notable hacen resaltar los autores respecto de las semillas empleadas, y es que carecen de micronato de potasa, y, por lo tanto, no producen esencia sulfurada, siendo así que este carácter le presentan la generalidad de las semillas de las crucíferas; pero en cambio han encontrado un glucósido amargo, cuya toxicidad sobre el corazón ha sido perfectamente demostrada por repetidos experimentos en ranas, conejos y aves, y un alcaloide, en menor proporción, que provoca la parálisis en estos animales.

En la primera parte de este folleto se indican dos procedimientos químicos para aislar el glucósido, al que denominan *erisimina*, y se estudian detalladamente sus propiedades físicas y químicas, sin que se haya podido encontrar una reacción verdaderamente característica para establecer por medio de los reactivos los caracteres específicos de este glucósido.

La segunda parte se refiere exclusivamente á exponer los experimentos llevados á cabo para estudiar la acción que la Erisimina produce en los animales. La primera serie de las mismas se ha referido á determinar sus efectos en el organismo, demostrándose por ellas que tanto en los animales de sangre fría como en los de sangre caliente la Erisimina produce un aumento considerable de la presión sanguínea, al mismo tiempo que mayor amplitud en las pulsaciones, las cuales disminuyen poco á poco; la segunda serie comprende los experimentos hechos para investigar y fijar el límite de toxicidad de este glucósido en los referidos animales; deduciendo de todo que esta substancia es un nuevo principio que puede considerarse análogo en sus propiedades fisiológicas y tóxicas á la digitalina; y terminan esta parte con dos experimentos que demuestran que el permanganato potásico, que descompone al glucósido, formando carbonato y oxalato de manganeso, es un excelente antídoto y tal vez el único de este cuerpo eminentemente tóxico.

Inyectada la maceración de las semillas, objeto de este estu-

dio, en los animales, se observa una intoxicación diferente de la que produce el glucósido. El animal queda completamente paralizado, sin que dejen de observarse por esto los fenómenos sobre el corazón. De lo que deducen los autores la existencia de un alcaloide que no han podido aislar, pero que se hace patente por algunas reacciones químicas.

En resumen: de todos los experimentos practicados puede deducirse que las semillas del *Erysimum nanum* contienen un glucósido que desde el punto de vista fisiológico debe considerarse como análogo á la digitalina, y un alcaloide no determinado ni definido, de acción paralizante del sistema nervioso central.

Para terminar, el último trabajo del Dr. Schlagdenhauffen es el titulado *Contribution à l'étude du genre Linaria au point du vu botanique et chinique,* publicado en colaboración con Reeb, é impresó en Moulouse en 1902. Consta de 39 páginas y tiene 4 láminas fotograbadas que representan otras tantas especies botánicas, y 2 litografiadas, con muchas figuras que dan á conocer la estructura histológica de las mismas.

Es este estudio la publicación menos importante de todas las indicadas, y está dividido en tres partes. Dedican los autores la primera á la historia y clasificación de las *Linarias*, en cuya parte hacen observaciones muy atinadas para demostrar las causas de error de los antiguos, entre los que citan á Theofrasto, Plinio y Galeno, relativas á los caracteres de estas plantas, indicando las clasificaciones expuestas desde Tragus (1539) hasta los tiempos de Tournefort y Linneo, para llegar á las establecidas por los autores modernos.

En la segunda parte, que trata de los caracteres botánicos é histológicos de las especies del género *Linaria*, sólo se refieren á cuatro de ellas, que son: la *L. vulgaris*, la *L. purpurea*, la *L. cymbalaria* y la *L. striata;* pero en realidad sólo estudian con detenimiento los de la primera especie citada. Entre los caracteres histológicos que se indican, merecen especial mención los de las flores de esta planta, pues se han encontrado en ellas cristales coloreados bien definidos y una materia colorante amarilla distinta de la que se observa en la generalidad de las flores de este color.

En la tercera parte, que comprende el estudio químico de las *Linarias*, también es más completo el de la *Linaria vulgaris*, y para ello han tomado los autores como punto de partida el análisis hecho por el célebre químico Walz en 1853, que es el primero que se ha ocupado de la composición química de estas plantas, y han demostrado por repetidas experiencias que muchos de los principios que el químico citado había considerado como puros, y, por lo tanto, como especies químicas, no son más que mezclas de varios principios, como acontece con el *ácido antirrínico*, la *linasorina*, la *linarina* y la *linalacrina*.

Operando de una manera más metódica que Walz, los autores de este folleto han logrado aislar y caracterizar el *ácido linárico*, que no tiene nada de común con el antirrínico de Walz; y como productos nuevos hallados en sus investigaciones, pueden citarse la *manita*, un *compuesto péctico* especial y un principio amargo de naturaleza glucosídica, cuyo estudio no han podido terminar por falta de primera materia. Ninguno de estos principios tiene hasta el presente interés fisiológico ni terapéutico conocido.

En vista del anterior resumen de los trabajos presentados á esta Sección para su informe:

Considerando que á pesar de que, según el art. 19 del actual Reglamento, no deben admitirse los folletos para solicitar el nombramiento de Socio corresponsal, los trabajos antes mencionados son de una índole tan especial que no pueden tener más amplitud, puesto que casi todos se refieren á análisis químicos:

Considerando que cualquiera de ellos tiene mérito indiscutible, y en alguno se indica el descubrimiento de una nueva especie química, dando á conocer sus caracteres, propiedades y su acción fisiológica y terapéutica, así como también su toxicidad:

Considerando que uno de los trabajos, el titulado *Contribution à l'étude du genre Coronilla*, es un verdadero libro de 159 páginas:

Considerando que si bien son dos los que aparecen como autores de estos diversos trabajos, sólo el Dr. Schlagdenhauffen

es el que solicita el nombramiento de Socio corresponsal de esta Real Academia, pues él es realmente el verdadero autor de todos ellos, siendo los Sres. Heckel y Reeb nada más que colaboradores de sus trabajos: y

Considerando, por último, que el Dr. Schlagdenhauffen, Director de la Escuela de Farmacia de Nancy, es conocido en el mundo científico como un investigador de renombrado crédito;

Esta Sección no tiene inconveniente en proponer á la Academia como Socio corresponsal á dicho señor, sin embargo de que con su elevado criterio resolverá lo que crea más oportuno.

Madrid, 6 de Abril de 1905.—*El Ponente*, Juan R. Gómez Pamo.—*El Presidente*, Mariano Carretero y Muriel.

Aprobado por la Sección en 11 de Abril de 1905.—*El Secretario*, José de Pontes.

II

De la primera Comisión de Medicina forense, sobre la causa de la muerte de un lesionado.

Para cumplir lo ordenado por la Ilma. Audiencia provincial de....., remite el Juzgado de..... á la Academia testimonio de varias declaraciones facultativas y de la diligencia de autopsia, interesándola que, en vista de dichos documentos, emita dictamen esta Corporación *sobre si la muerte de N. N. N. ha sido dependiente de la lesión que sufrió el interfecto.*

La Comisión primera de Medicina forense ha examinado, con el detenimiento que requiere, el testimonio remitido, y tiene el honor de someter á la deliberación y juicio de la Academia el siguiente proyecto de informe:

Resultando que D. N. N. N., Médico municipal de....., declaró que había practicado la primera cura á N. N., el cual presentaba una herida producida por instrumento punzo-cortante, cuya arma debía tener el corte grueso, situada en la región pectoral izquierda, que interesaba todos los tejidos blan-

dos, sin síntomas que indicasen claramente que fuera penetrante, de extensión de unos tres centímetros, cuya lesión consideraba grave:

Resultando que dicho Sr. N. declaró en 27 de Octubre de 1904 que el herido tenía fiebre en el día siguiente al en que recibió la lesión, y afección gastro-intestinal, dependiente, sin duda, de los excesos que el día anterior hiciere tomando bebidas alcohólicas; que en la fecha de la declaración había disminuído la fiebre casi por completo, y cedido en gran parte el estado gastro-intestinal, encontrándose la herida en vía de cicatrización:

Resultando que el facultativo Sr. N. declaró en 2 de Diciembre de 1904, que la herida se encontraba en avanzada cicatrización, siendo, sin embargo, poco satisfactorio el estado general de N., pues tiene gran debilidad y demacración, lo cual cree depende de la afección gastro-intestinal que viene padeciendo, la cual, además de los dolores y de la fiebre, lleva consigo una gran falta de apetito, por lo que no puede tomar los alimentos indispensables á las pérdidas que sufre; y que desea emita su opinión, acerca del estado del herido, el médico que le asiste:

Resultando que el precitado Sr. N. manifiesta en su declaración (7 de Diciembre de 1904), que la lesión de N. se encuentra completamente cicatrizada, sin quedar deformidad, y que la afección gastro-intestinal se sostiene, aunque más atenuada; opinando el declarante que ésta es independiente de la herida, y la cree producida por la acción del frío húmedo, y, sobre todo, por los excesos alcohólicos que hizo el día en que fué herido, puesto que estaba muy embriagado cuando le hizo la primera cura; que no habiendo podido ser normal la nutrición, á causa de no poder tomar alimentos, han tardado más en restaurarse los tejidos lesionados; y que toda vez que se halla cicatrizada la herida, había terminado la misión del declarante como facultativo municipal:

Resultando que D. N. N. N., médico de cabecera de N., declaró en 8 de Diciembre de 1904, que la herida que sufrió dicho sujeto se hallaba completamente cicatrizada, sin que quede defecto ni deformidad alguna; que el estado general deja mu-

cho que desear, pues hay depauperación orgánica considerable que le impide abandonar el lecho, y el estado del tubo digestivo no permite instituir un régimen tónico; que la afección gastro-intestinal no puede considerarse independiente de la lesión traumática, sino, al contrario, íntimamente ligada á ella, pues en la patología de dicha lesión obró como causa única principal, tan importante que, sin ella, no obstante haber cometido el lesionado algunos excesos alcohólicos el día de autos, de sobrevenir, no hubiera revestido la lesión gastro-intestinal la gravedad que ha tenido en este caso. Por todo lo cual, opina el declarante que no puede considerarse enteramente curado á dicho individuo mientras no haya desaparecido por completo la afección del tubo digestivo y el estado general no sea satisfactorio:

Resultando que en 9 de Enero de 1905 declaró D. N. N., que en la tarde del 5 de los corrientes se encargó de la asistencia de N., el cual se encuentra en estado de grandísima desnutrición, dependiente de la afección gastro-intestinal que viene padeciendo, en la actualidad sumamente agravada, sufriendo el enfermo muchos dolores de vientre y diarrea, que le han colocado en grande extenuación; que la herida está completamente cicatrizada desde el día que lo manifestó en su última declaración, sin notar en ella alteración, y que los órganos funcionan, en general, con debilidad, en relación con el estado en que se halla la nutrición:

Resultando que el Sr. N. declaró que N. N. N. había fallecido á las tres de la mañana del 12 de Enero de 1905:

Resultando que en 13 de Enero de 1905, los facultativos D. N. N. y D. N. N. practicaron la autopsia del cadáver de N. N. N., y declararon haber encontrado lo siguiente: «*Hábito exterior*. Suma demacración, color violáceo en la piel del vientre y lado izquierdo del tronco, notando huellas de las revulsiones que se aplicaron en el abdomen; observaron en la parte anterior, superior y externa de la región torácica izquierda, una cicatriz próximamente de dos centímetros de longitud, cuyos tejidos demostraban estar regenerados hacía ya bastante tiempo, sin notar en ellos ninguna deformidad ni imperfección.—*Cavidad torácica*. En el lado izquierdo vieron fenómenos que in-

dicaban haber existido una pleuresía con derrame purulento, y en el pulmón señales evidentes de haber sufrido también fusión purulenta; había derrame seroso en el pericardio, y se apreciaron en el corazón lesiones consecutivas á la pericarditis. —*Cavidad abdominal.* Gran infarto hepático y fenómenos de haber sufrido el sujeto gastro-enterocolitis intensa, estando interesado el bazo, con caracteres de degeneración.—*Cavidad craniana.*. Nada anormal encontraron.» Que de lo expuesto dedujeron los facultativos: que la muerte de N. había sido producida por el concurso de las alteraciones orgánicas de las cavidades torácica y abdominal, no pudiendo afirmar los declarantes que el padecimiento pleuro-pulmonar, así como el hidro-pericardias, hayan sido ó no dependientes del traumatismo, puesto que la lesión, enteramente cicatrizada, está en relación completa con la cara externa de la tercera costilla, sin encontrar en ella el menor vestigio de lesión, ni tampoco en los tejidos correspondientes á los espacios intercostales inmediatos; sin embargo, añaden, un traumatismo en la parte exterior de la cavidad torácica pudiera dar lugar al desarrollo de procesos en las vísceras contenidas en dicha cavidad.

Resultando que en la declaración que prestó D. N. N. (21 de Enero de 1905), al ser preguntado si N. N. venía padeciendo, con anterioridad al día en que fué herido, la lesión gastro-intestinal, contestó que no puede precisarlo, porque no era el médico de la casa cuando empezó á padecer N. dicho mal, y sólo al día siguiente de ser llamado recuerda que se quejaba el enfermo de dolores de vientre, y observó que existía la afección gastro-intestinal, entonces muy poco acentuada. Interrogado el Sr. N. si la falta de apetito y depauperación orgánica existían antes de la lesión, ó si sobrevinieron después de recibir la herida, dijo que nada podía precisar respecto de la falta de apetito, puesto que no ha sido el médico de cabecera; pero afirmó que el sujeto, al día siguiente de ser lesionado, tenía inapetencia, la cual continuó todo el tiempo que el declarante le ha visitado; que la depauperación orgánica principió á iniciarse después de ser lesionado, pues en la noche en que fué herido, observó el declarante que el sujeto estaba regularmen-

te nutrido; que contestando á la pregunta que se le hizo sobre si las inflamaciones del corazón y pulmón izquierdo, y los derrames del pericardio y pleura izquierda, son de fecha reciente ó se refieren á época remota, contestó el declarante que debían datar, cuando menos, de veinte días de fecha á la en que se verificó la autopsia: y

Resultando, por último, que en 25 de Enero de 1905 prestó declaración el médico D. N. N. N. y dijo: que N. N. gozaba habitualmente buena salud, estando completamente sano su aparato digestivo hasta el día que recibió la herida, iniciándose el mal con dolor espontáneo, y á la presión, vómitos y diarrea, siguiendo el curso de una gastro-enteritis aguda, tóxica, durante cuarenta días, la cual fué aminorándose hasta desaparecer todo trastorno durante diez ó doce días, pasados los cuales presentóse disnea bastante intensa, con deposiciones casi lientéricas, sin inflamación en todo el trayecto del tubo digestivo, existiendo sólo el dolor, no pudiendo imputarse la diarrea más que á la toxihemia que sufrió el enfermo en las postrimerías de su vida, y á la gran dificultad que había para digerir los alimentos; que el individuo estaba sano al recibir la lesión, y, por tanto, sin depauperación orgánica; que en el primer reconocimiento del herido no pudo comprobar trastorno funcional ni lesión anatómica en los aparatos respiratorio y circulatorio; pero en la visita que hizo á las treinta y seis horas, próximamente, del traumatismo, pudo apreciar síntomas de pleuresía en el lado izquierdo, limitada y poco intensa, y un ligero foco de pericarditis en la cara anterior del ventrículo izquierdo, lesiones que persistieron en ese estado durante algunos días, sin acentuarse los síntomas; había poca disnea, pudiendo casi abrigar la seguridad que la inflamación de dichas serosas fué seca al principio; mas transcurridos algunos días, ya pudo notarse la existencia de una colección líquida en la pleura, de un modo poco notable y sin llegar á tomar grandes proporciones; pero teniendo en cuenta la naturaleza del derrame y la casi abolición de las funciones del pulmón izquierdo, retraído y esclerosado, y la absorción de toxinas, se explica la gravedad de la situación; que el derrame del pericardio se efectuó en pe-

ríodo avanzado de la enfermedad, propagándose la infección de la pleura, y que no hubo síntoma que indicara la existencia de miocarditis.

Considerando que la herida que recibió N. estaba completamente cicatrizada, próximamente á los cuarenta días, sin quedar deformidad ni defecto alguno; no pudiendo considerar curado á dicho sujeto, porque su estado general era poco satisfactorio á consecuencia de estar padeciendo una afección gastro-intestinal:

Considerando que de las declaraciones facultativas no se infiere que la herida haya sido penetrante de pecho, con lesión de las vísceras, afirmándose tan sólo en la diligencia de autopsia que la herida estaba completamente cicatrizada, y los tejidos regenerados hacía ya bastante tiempo, sin notar en ellos ninguna deformidad ni imperfección; y que la cicatriz se hallaba en relación completa con la cara externa de la tercera costilla del lado izquierdo, sin encontrar en ella el menor vestigio de lesión, ni tampoco en los tejidos de los espacios intercostales inmediatos:

Considerando que N. N. gozaba habitualmente buena salud, estando regularmente nutrido y completamente sano su aparato digestivo el día que recibió la herida:

Considerando que durante el curso de la herida se desarrolló en el sujeto la gastro-enteritis, que duró unos cuarenta días, y condujo al enfermo al estado de marasmo:

Considerando que los traumatismos de las paredes del tórax suelen determinar alteraciones anatómicas y fisiológicas de las vísceras contenidas en dicha cavidad:

Considerando que en el caso objeto del informe, aunque no haya existido herida penetrante de pecho, es de notar que la pleuresía del lado izquierdo se inició á las treinta y seis horas de haber sufrido N. el traumatismo, y que la afección de la pleura se localizó en el lado izquierdo y en la región correspondiente á la herida, todo lo cual inclina el ánimo á considerar como probable que la inflamación de la pleura estuvo en relación ó dependiente de la herida, terminando por derrame purulento, cuya flegmasía se propagó al pericardio:

Considerando que deben tomarse en cuenta, como concausas que hayan podido originar las alteraciones precitadas, la exposición del herido al aire frío y húmedo, y que el sujeto cometió el día en que fué agredido excesos alcohólicos, en grado tal, que se hallaba muy embriagado cuando se le practicó la primera cura, lo cual pudo favorecer el desarrollo de la gastroenteritis:

Considerando que el Médico municipal de..... opinó que la gastro-enteritis que padecía N. N. era independiente de la herida, y la cree originada por la acción del frío húmedo y por los excesos alcohólicos que cometió el agredido; y que en la diligencia de autopsia expone dicho Profesor, así como el otro Médico, que practicaron la inspección cadavérica, que no pueden afirmar que el padecimiento pleuro-pulmonar y el hidropericardias hayan sido ó no dependientes del traumatismo, no obstante que dicha causa, obrando sobre las paredes del pecho, pudiera dar lugar al desarrollo de procesos en las vísceras contenidas en el tórax:

Considerando que D. N. N. N., médico de cabecera de N. N., opinó que la gastro-enteritis no puede estimarse como independiente de la lesión traumática, sino al contrario, íntimamente ligada á ella como causa principal, y que sin ella el enfriamiento que sufrió el herido y los excesos alcohólicos que cometió, la afección, de sobrevenir, no hubiera tenido la gravedad que adquirió en este caso; y, finalmente,

Considerando que en las declaraciónes facultativas prestadas durante la asistencia del herido, al tratar del estado general de éste, sólo se menciona el desarrollo y curso de la gastro-enteritis, y hasta la diligencia de autopsia y la declaración del Sr. N. (21 de Enero de 1905), después del fallecimiento de N., nada se expone acerca de la pleuro-pericarditis; la cual presentó leve disnea, era limitada y poco extensa, no siendo notable el derrame seroso, pues no alcanzó grandes proporciones;

La Comisión primera de Medicina forense entiende:

Primero. Que en el testimonio remitido á la Academia no hay suficientes datos que permitan afirmar que los trastornos de los aparatos respiratorio, circulatorio y digestivo de N. N.,

han estado en relación causal y directa con la herida que dicho sujeto sufrió.

Segundo. Que es probable que la pleuresía y pericarditis con derrame hayan estado relacionadas con la lesión exterior; y

Tercero. Que pueden haber obrado, como concausas para determinar dichos estados morbosos, la exposición del herido á la acción del frío húmedo, y los excesos alcohólicos que cometió N. en el día en que fué agredido.

La Academia resolverá lo más acertado.

Madrid, 8 de Abril de 1905.—*El Presidente y Ponente,* MARIANO CARRETERO Y MURIEL.

Aprobado por la Comisión en sesión de 8 de Abril de 1905. —*El Secretario,* A. F. CARO.

III

De la Sección de Cirugía, en expediente por Accidente del trabajo.

La Sección de Cirugía ha recibido del Juzgado de instrucción del distrito del....., un expediente de incapacidad por accidente del trabajo sufrido por el obrero Enrique Alvarez Corral.

Trabajando éste en la fábrica de la Compañía....., fué cogido por una máquina en la mano izquierda, produciéndose una fractura abierta con herida extensa en el quinto hueso metacarpiano. Curado en la más próxima Casa de Socorro, fué después enviado, por la referida Compañía, á la Sala de distinguidos del Hospital de....., á cargo del malogrado Académico Doctor N., donde permaneció dos semanas, saliendo por temor al contagio del tifus á la sazón causante de varias estancias en dicho Hospital y de atropelladas traslaciones al llamado del N.

Fué después dicho obrero ocupado por la misma Compañía en quehaceres diversos; y creyéndose postergado ante la subida de jornal de sus compañeros antiguos, recurrió al Gobierno civil cuando iba á cumplir el año de la lesión.

Reconocido el 3 de Octubre último por el Médico D. N. N. N.,

parece resultar «con una fractura del quinto metacarpiano izquierdo en la parte media, y fuerte contusión articular metacarpofalángica con anquílosis de esta articulación, que inutiliza la mano para todo trabajo de fuerza, pues aparte de la anquílosis, existe una falsa consolidación en la fractura.»

En cambio D. N. N., en 19 del mismo Octubre, certifica «que el obrero N. N. presenta caracteres de una fractura consolidada en el quinto metacarpiano izquierdo, que se considera como una de las de menor importancia por su relativa facilidad en consolidarse por una parte, y por otra, por ser una región por donde no pasan vasos sanguíneos, nervios ni músculos de importancia que pudieran anular ni los movimientos ni la fuerza del resto de la mano, puesto que la lesión que sufrió (contusión) está limitada al quinto metacarpiano en su cara dorsal, y este sitio está sólo cubierto por la piel, una capa celulosa subcutánea, la aponeurosis, y debajo de éste el extensor propio del dedo pequeño, que considera en su integridad, dos ramas colaterales del nervio cubital, que también considera en su integridad por no haberse anulado las funciones de movimiento y sensibilidad y vasos sanguíneos de poca importancia; de todo lo cual deduce que N. N. N. se halla apto para dedicarse á sus ocupaciones habituales, no constituyendo la lesión sufrida ninguna inutilidad de carácter perpetuo.»

Además de estas dos certificaciones, la Sección ha dispuesto de un radiograma tomado por D. N. N.; pero á mayor seguridad, ha reconocido el día 11 del presente mes al obrero en cuestión, que representa unos cuarenta años, parece bien constituído y ofrece en el dorso de su mano izquierda, cerca del borde cubital metacarpiano, una cicatriz extensa de cutícula más delicada que la piel sana que cubre casi toda la extensión del quinto metacarpiano, el cual confirma al tacto la deformidad callosa denunciado por la radiografía, y produce á la presión brusca una impresión dolorosa intensa que no parece simulada. Por otra parte, la articulación metacarpofalángica respectiva, como todas las de la misma mano, poseen sus movimientos normales sin huella alguna de anquílosis.

Ante estas lesiones, consecutivas indudablemente á una frac-

tura con herida por causa directa, la Sección califica el caso de callo óseo doloroso.

Ahora bien: carecemos de un estesiómetro para medir el dolor posible en los movimientos y presiones del trabajo en que fué lesionado este obrero.

Es también probable que amputándole el quinto dedo con su metacarpiano correspondiente, la mano de cuatro dedos resultante no fuera ya dolorosa en las maniobras á que estaba dedicado dicho operario.

Además, si teniendo en cuenta que éstas consistían en el engrase y taponamiento de máquinas (tarea no obligada á sufrir cargas, golpes ni tracciones de mucha violencia), á este trabajador es calificado como útil para dicha especial labor, acaso la Compañía, en cuyo servicio se inutilizó (á pesar de que, según el propio testimonio del interesado, procedió con plena corrección y hasta humanitario cuidado en el accidente), no lo admitiera á su servicio, y el obrero no encontraría colocación adecuada á su *aptitud limitada*, es decir, *subnormal* para el trabajo.

Por último, teniendo en cuenta que la apreciación de la incapacidad por accidentes del trabajo no siempre cae bajo la competencia médica, sino que por la complicación y heterogeneidad de las circunstancias del caso, puede mejor corresponder al criterio jurisperito ó al juicio experimentado de los obreros mismos que se ocupan de tarea igual ó semejante á la productora de la lesión, el que suscribe opina que, en este caso de duda, se debería encomendar al Instituto de Reformas Sociales la solución definitiva del asunto, para que sea equitativa; pues la Academia no puede menos de declarar la incapacidad parcial de la mano del citado obrero.

La Sección y la Academia decidirán, sin embargo, lo más procedente.

Madrid, 24 de Abril de 1905.—*El Presidente accidental y Ponente*, ALEJANDRO SAN MARTÍN.—*El Secretario*, EUGENIO GUTIÉRREZ.

ACTAS DE SESIONES LITERARIAS

I

SESIÓN DEL 11 DE MARZO DE 1905

Después de leída y declarada conforme el acta de la anterior, se dió cuenta de los impresos recibidos.

El Sr. González Alvarez usó de la palabra, para comunicar á la Academia tres casos de *estomatitis úlcero-membranosa*, de los que suelen preceder á la *gangrena de la boca*.

El primero le observó en Octubre último, y ofrecía los síntomas característicos de la enfermedad, como olor especial, abultamiento del carrillo, ulceraciones y círculo por donde suele iniciarse la perforación; debiendo atribuirse al *bacilo espirilo* especial. Prescribió el *azul de metileno*, recomendado por Siderey y Mentú, en disolución de uno por ciento, para toques á la parte afecta cada cuatro horas; notándose la modificación favorable á las veinticuatro ó treinta horas, y la curación á los cinco ó seis días.

El segundo caso recayó en una niña de tres años, del Colegio de la Paz, que entró por el torno con la enfermedad muy adelantada. Se hizo uso del termo-cauterio, y después del azul de metileno; muriendo la enferma al día siguiente.

En un tercer caso, consecuencia del sarampión, y precedido de estomatitis úlcero-membranosa, no se halló el bacilo fusiforme, que se ha considerado como característico, sino estreptococos y otros microbios. Se tocó cada dos horas por el día, y cada seis por la noche, primero en el lado derecho, que fué donde se localizó la enfermedad, y después en el izquierdo, con modificación favorable é inmediata del estado morboso; vol-

viendo á presentarse en el día de hoy en el lado derecho, y usándose en igual forma el *azul de metileno*.

Los señores Académicos examinaron esta enferma, que corresponde al Colegio de la Paz, tiene doce años de edad, y está pálida y muy poco desarrollada.

De todo dedujo el Sr. González Alvarez: que el azul de metileno es preferible á los cáusticos, porque éstos coagulan la albúmina, é impiden que su acción llegue á los tejidos afectos, ocurriendo lo contrario con el modificador de que se trata.

Puesta á debate la comunicación hecha en la sesión anterior, sobre una obra de *Anquilostomiasis*,

El mencionado Sr. González Alvarez expuso un caso clínico, que recayó en un niño de doce años, de familia acomodada, que empezó á palidecer, sin infartos de bazo ni otro síntoma de caquexia palúdica. Tuvo hematemesis en un pueblo de la costa cantábrica, donde pasaba el verano; las heces fecales eran obscuras por la presencia de sangre, y contenían huevos de *anquilostoma*. Empleó el *extracto etéreo de helecho macho*, á la dosis de dos gramos, *asociado al cloroformo y al aceite de ricino;* alcanzando un resultado enteramente satisfactorio en dos ó tres semanas.

Protestó contra las dosis altas de helecho macho, que pueden ocasionar envenenamientos, y se opuso á la afirmación hecha por Robin, de que el helecho no puede emplearse al mismo tiempo que el aceite de ricino, porque el ácido filícico del primero se disuelve en el aceite. El Sr. González Alvarez terminó manifestando que, según demostraba el caso expuesto, la *anquilostomiasis* puede presentarse fuera de las minas y de sus zonas, en personas que no sean obreros de las mismas, adquiriéndose la enfermedad siempre por el parásito en cuestión.

Reanudado el debate acerca del caso de *Resección de Estómago*,

El Sr. Gutiérrez usó de la palabra, felicitando, ante todo, al Sr. San Martín, por haberse abstenido de la segunda operación; exponiendo después los inconvenientes que ofrece en la

práctica el procedimiento de Rydigier, según le ha demostrado la experiencia, y sosteniendo que todos los operadores han ejecutado la *gastro-yeyunostomía retrocólica sencilla*, dejando la masa afecta unida al píloro, y practicando después la gastrectomía ó pilorectomía por el procedimiento ordinario.

Añadió, que después de estas operaciones ha seguido la práctica de alimentar á sus enfermos, haciendo lo mismo el Dr. Cervera, Profesor del Instituto de la Moncloa; que en determinados casos debe practicarse la sutura yeyuno-yeyunal; que el píloro, el páncreas y los ganglios se afectan pronto, cuando se trata del carcinoma, no habiendo podido extirpar el píloro al cabo de un mes; y que ocluído el píloro, se produce la infección á través del asa yeyuno-duodenal.

Terminó sosteniendo que el procedimiento de Rydigier no debe aceptarse, siendo muy preferibles la gastrectomía y la pilorectomía en un solo tiempo.

El Sr. Rodríguez Abaytua se lamentó de que las enseñanzas de nuestros cirujanos hagan escépticos á sus discípulos, sugiriéndoles nociones contrarias al empleo de otros modificadores que no sean los quirúrgicos; y combatió la exageración de Buchard, en lo referente á la *dilatación gástrica por atonía*, que tanta influencia ha ejercido durante largo período en los juicios clínicos.

Afirmó que el médico apenas dispone de otros medios, que los que suministra el tacto para el diagnóstico de las neoplasias malignas del estómago, por no existir síntoma alguno patognomónico de éstas, y reducirse todos los fenómenos morbosos á los que corresponden á las dispepsias; y que los cirujanos se apoyan en un criterio anatomo-patológico, en tanto que los médicos siguen el fisio-patológico, más en armonía con la índole de los medios de que disponen, así para el diagnóstico como para la terapéutica.

A continuación recordó la función de cada parte del estómago, y especialmente la correspondiente á las glándulas y á las fibras musculares, que influyen en las acciones química y de movimiento, siendo de notar el poder de las fibras musculares de la porción pilórica; trató de la funcionalidad de los in-

testinos delgados y gruesos, duodeno, yeyuno é íleon, y de la correspondiente á la vesícula biliar, que no es sólo un depósito de bilis, sino que sirve para que este líquido adquiera en ella el agua que necesita, á fin de que corra con facilidad; y opinó que el cirujano debe estudiar muy detenidamente la fisiología de cada porción del aparato digestivo, para evitar ciertos atrevimientos, que pueden ser en extremo perjudiciales.

El Sr. Rodríguez Abaytua añadió: que la válvula íleo-cecal es la causa de que no tengamos continuamente diarrea; que se ha observado detención del crecimiento después de la extirpación del *apéndice;* y que en los conejos de Indias, esta prolongación tiene una estructura especial, linfoidea, desarrollándose y ganando en energía las cápsulas suprarrenales, cuando se le separa.

Respecto á la *úlcera gástrica*, se opuso á la aseveración de que su terapéutica corresponda siempre á la Cirugía, puesto que la úlcera péctica, clásica de Creveilhier, es la consecuencia inmediata de ciertas dispepsias, y su tratamiento debe consistir en el reposo, dieta absoluta y rigurosa, fomentos calientes constantes y *adrenalina;* obteniéndose con tales modificadores efectos brillantísimos, sin necesidad de apelar á la Cirugía.

Recordó que la úlcera gástrica es de curso largo, va precedida y acompañada de hiperestesia y de hipersecreción, siendo el líquido segregado eminentemente corrosivo, con la propiedad de digerir y de denudar el epitelio; sostuvo que debe introducirse la sonda en el estómago, para evacuar los líquidos que contenga; que no ha de apelarse con ligereza á la Cirugía, puesto que la Medicina cuenta con medios higiénicos y farmacológicos que dominan la enfermedad, y que en ciertos quistes hidatídicos del hígado se presentan hematemesis violentas, que exigen la intervención quirúrgica, y que pueden inducir á error de diagnóstico, creyendo que se trata de una úlcera gástrica.

Al llegar á este punto, suspendió su discurso el Sr. Rodríguez Abaytua, por haber transcurrido el tiempo reglamentario, quedando en el uso de la palabra para la sesión próxima.

El Sr. Presidente anunció, que el sábado próximo no celebraría sesión la Academia, con motivo del homenaje nacional al Sr. D. José Echegaray.

Después se levantó la sesión.

II

SESIÓN DEL 1.° DE ABRIL DE 1905

Abierta á la hora señalada, leída y aprobada el acta de la anterior, se dió cuenta de los impresos recibidos.

Continuando el debate sobre la *Anquilostomiasis*,

El Sr. Larra hizo uso de la palabra, manifestando: que desde hace dos años viene estudiando cuestión tan interesante de Higiene y de Medicina; que entre los enfermos que ha observado, se halla un niño de dos años, que adquirió la *Anquilostomiasis* por contagio de un hermano suyo, procedente de una de las Repúblicas americanas, que pertenecieron á España; que en Puerto Rico se ha demostrado, que el padecimiento llamado *Anemia de los Trópicos* no era sino la *Anquilostomiasis*, debida á una especie llamada *Uncinaria americana*, no la *duodenal;* que concedido para dicho país un crédito de 5.000 dóllars, con el fin de estudiar esta cuestión, se hallaron muy pronto 128 enfermos de *Anquilostomiasis*, que han llegado á la cifra de 5.500 á los pocos meses; y que, como consecuencia de tales investigaciones, se ha publicado un libro interesante, en que se demuestra que el 90 por 100 de la población del campo padece esta dolencia; habiendo motivo para suponer, que la *Anemia* que padecieron nuestros Ejércitos en las Antillas, no era ni más ni menos que la *Anquilostomiasis*.

Terminó el Sr. Larra, excitando el celo de los Poderes públicos, y especialmente el de los Inspectores generales de Sanidad, para que por sí, ó á propuesta de esta Academia, dicten las disposiciones necesarias para evitar y combatir el padecimiento de que se trata.

El Sr. Alonso Sañudo, como Inspector general de Sanidad, se manifestó dispuesto á cumplir en este particular cuantos deberes le correspondieran; dió noticia de algunos enfermos de *Anquilostomiasis*, que había observado, especialmente en el Hospital de Ubeda; y dijo que, por encargo de un distinguido Profesor de dicha localidad, había presentado una Memoria, de la cual tendría conocimiento la Academia en tiempo oportuno.

El Secretario que suscribe dijo: que la Memoria de que se había hablado, estaba ya informada por la Sección de Medicina, y que del informe, que estaba sobre la Mesa, se daría cuenta cuando el señor Presidente lo dispusiera; pudiendo en todo caso presentar los señores Académicos las mociones que tuvieran por conveniente, que se discutirían en sesión de gobierno.

Aplazada la continuación de este asunto para la sesión próxima, y continuando la discusión sobre el caso de *Resección de Estómago*, reanudó su interrumpido discurso

El Sr. Rodríguez y Abaytua. Trató de las hemorragias gástricas, de la gastro-sucorrea permanente, de la oclusión pilórica y de la gastro-enterostomía; sosteniendo que la oclusión pilórica puede ser de índole funcional, sin ninguna alteración orgánica; que el jugo gástrico, introducido en el duodeno, puede ser causa de protestas vitales de importancia, y que antes de apelar á la Cirugía, debe existir el convencimiento de que no se trata solamente de cambios dinámicos.

Citó una estadística de más de treinta casos de gastro-enterostomía, de la cual se desprende, que en once se presentaron, antes de los tres años, procesos ulcerosos en el nuevo píloro; dijo que hay *mejorías transitorias y recidivas muy frecuentes* después de tales actos quirúrgicos; y dió cuenta de un método curativo, que puso en práctica hace tiempo, y que después ha visto recomendado por los distinguidos especialistas de Viena y París, Rosentein y Matieu, que consiste en la *evacuación metódica del estómago*, á las siete ú ocho horas de la comida, y sin más que la ingestión de un vaso de agua; con cuyo medio ha conseguido excelentes efectos en el tratamiento de muchos afectos gástri-

cos, evitándose las fermentaciones intestinales, que pueden ser tan nocivas.

El Sr. Rodríguez y Abaytua terminó asegurando: que en la terapéutica de los sucorréicos debe figurar en primer término la vida metódica y el régimen conveniente; y que no puede tratarse de igual manera á los enfermos acogidos en los Hospitales que á los de la práctica particular, puesto que se hallan sometidos á condiciones etiológicas y curativas muy diferentes.

El Sr. Alonso Sañudo, después de declarar que hacía uso de la palabra, no espontáneamente, sino por las repetidas excitaciones que le dirigió el Sr. San Martín, consignó: que en el estado actual de la Ciencia no podía señalarse con precisión el momento en que debían intervenir los cirujanos, tratándose de afectos gástricos; que hay asuntos fronterizos entre la Medicina y la Cirugía, como la *amaurosis*, en que es muy difícil señalar á quién corresponda; y que hemos llegado á una situación, en que el *bicarbonato de sosa*, que antes era el factor indispensable de toda terapéutica del estómago, se estima como innecesario ó perjudicial, bastando un *régimen adecuado*, y sin necesidad de apelar al opio, ni á la quina, ni á ningún otro modificador farmacológico, que en época no distante se estimaban como absolutamente precisos.

Añadió, que los progresos médicos han borrado el capítulo de las *dispepsias*, antes tan extenso; que la Cirugía tiene sus deficiencias en esta materia, como en todas; que la de las *cavidades* cuenta con los *estigmas* con que nació, según se demuestra al valorar la acción de la trepanación en la epilepsia, así como las intervenciones quirúrgicas en la pleura y en el pulmón, las gastrotomías, gastrectomías y ovariotomías; y que las estadísticas operatorias no son suficientes para resolver los casos particulares, por falta de una fórmula aplicable á cada uno de ellos, teniendo en cuenta las diversas circunstancias referentes al enfermo y á la enfermedad.

El Sr. Alonso Sañudo llamó la atención acerca de las estadísticas de cáncer de estómago operado, que se dice arrojan un 78 por 100 de curaciones; aseguró que la Medicina había enseñado, antes de que se practicaran las gastro-enterostomías, que los in

testinos suplen al estómago en los casos de insuficiencia de éstos; y que mientras la Cirugía no alcance mayor perfección, no podrán precisarse los casos en que deberá intervenir con sus recursos, que, por lo mismo que son poderosos, no dejan de ofrecer inconvenientes y peligros.

Sostuvo que en la *úlcera del estómago* la operación es recurso excepcional; que en el espasmo del píloro no tiene aplicación la Cirugía; y que en el *cáncer* debe operarse en cuanto se diagnostica la enfermedad; distinguiendo el cáncer hereditario, que dura año y medio, del que sigue á las gastritis, cuya duración es de doce á diez y seis años.

El Sr. Alonso Sañudo terminó manifestando: que las *estrecheces pilóricas orgánicas* deben operarse; que no ha de olvidarse que ciertas peritonitis y enteritis parciales crónicas, no poco frecuentes, son causa de *arritmios* y de adherencias; y que la experiencia va enseñando, que después de las gastro-enterostomías se observaron eventraciones, mayores dolores que antes de la operación, y otros fenómenos de importancia.

El Sr. San Martín presentó á la enferma operada, en Noviembre último, de Resección de Estómago, para que fuera examinada por los señores Académicos, al menos en la localización gástrica; advirtiendo que antes del acto quirúrgico pesaba 33 kilos; que á los tres meses aumentó 3 kilos; desde entonces á la fecha, kilo y medio más; y que la enferma no desea ya una nueva operación, así por evitarse nuevos sufrimientos, como por el estado relativamente satisfactorio en que se encuentra.

Los señores Académicos examinaron la enferma en cuestión. Y habiendo transcurrido el tiempo reglamentario, se suspendió este debate, y se levantó la sesión.

III

SESIÓN DEL 8 DE ABRIL DE 1905

Leída y aprobada el acta de la anterior, se dió cuenta de los impresos recibidos.

El Sr. Presidente (Calleja) dijo: Que no podía pasar en silenció un fausto acontecimiento, ocurrido en el día de hoy, en que había sido elevado al Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes el Excmo. Sr. D. Carlos María Cortezo, Académico numerario; lo cual debía llenar de satisfacción y de esperanza á la Academia y á los médicos españoles, puesto que se premiaban en una persona dignísima los méritos y servicios de una clase entera, muy acreedora á ocupar eminentes puestos; suplicando que vieran todos en esta manifestación únicamente el testimonio de los sentimientos que embargaban su alma.

El infrascrito Secretario, como Ponente, leyó el siguiente informe de la Sección de Medicina, referente á la Memoria sobre la *Anquilostomiasis en mineros procedentes de las minas de Linares*, que había remitido el Dr. D. Bonifacio de la Cuadra y Martínez, Médico de Úbeda:

«Por conducto del Académico numerario, Sr. Alonso Sañudo, se ha recibido en la Academia una Memoria sobre la *Anquilostomiasis en mineros procedentes de Linares*, escrita por el Doctor D. Bonifacio de la Cuadra y Martínez, residente en Úbeda.

La Memoria consta de 33 hojas apaisadas, escritas en una sola página, y el autor manifiesta, ante todo, que desde fines del año de 1896 data su experiencia sobre esta enfermedad, habiendo publicado la historia clínica del primer enfermo en que diagnosticó la dolencia en cuestión, temiendo que se presentaran nuevos casos, procedentes de la población minera de Linares. Dicho primer enfermo fué un ingeniero, que habiendo permanecido nueve horas en una mina, donde debió beber agua, se le presentó en la noche del día siguiente una intensa

congestión pruriginosa muy generalizada en la piel, que le obligó á trasladarse á su domicilio, en la población en que se escribe la Memoria. Al día siguiente cesó el proceso urticoso, sustituyéndolo una *faringo-laringitis* primero, y después una *gastro-duodenitis*. La anemia comenzó á señalarse, tomando la piel rápidamente tinte amarillo verdoso, cada vez más acentuado. El 10 de Enero de 1897 se halló el óvulo característico del anquilostoma: se empleó el tratamiento conveniente, y el enfermo falleció el 15 de Febrero siguiente, á consecuencia de una flegmasía aguda tráqueo-bronquial intercurrente.

Un ingeniero francés, que acompañó al enfermo anterior en el reconocimiento de la mina mencionada, falleció antes en Linares, manifestándose su enfermedad con síntomas muy análogos.

De 1897 á 1905 se han asistido en el Hospital de Úbeda 62 enfermos, procedentes de Linares y de paso para la provincia de Almería; habiéndose dado 41 altas por curación, 12 á instancia de los enfermos y sin curar; muriendo 7, y quedando 2 en tratamiento. Los fallecimientos lo han sido en su mayoría por enfermedades intercurrentes, sobrevenidas en el curso de la enfermedad.

Todos los enfermos acogidos en el Hospital de Ubeda han ingresado en período algo avanzado de su padecimiento, y refieren que han sido trabajadores en los pozos y galerías de las minas de Linares, procediendo la mayoría de las denominadas «Coto de la Luz,» «San Miguel» y «Arrayanes.» Refirieron, que de una manera más ó menos lenta empezaron por notar, al sentirse enfermos, que palidecían y les invadía una laxitud y debilidad generales, que les imposibilitaba para su duro trabajo, ocasionándoles fatiga y cansancio. Sentíanse también con desvanecimientos, torpeza y falta de energía para los movimientos. Al principio, las funciones orgánicas se verificaban con regularidad; pero después habían notado algunas molestias de estómago, consistentes en un dolor lento, pero acentuado y localizado en la región supraumbilical, que se exageraban después de las comidas. La mayoría de los enfermos acusan en este primer período de su enfermedad la presencia de erupciones de urticaria, que les ocasionaban gran comezón.

Después de ingresados en el Hospital, los enfermos han presentado una palidez mate de la piel y mucosa, ligero edema en la cara, en la mayoría de ellos, que en algunos se hace extensivo á las extremidades inferiores; lengua ancha, húmeda, sin enrojecimiento ni capa saburral característica; no tienen vómitos; algunos aquejan acedias y ardores de estómago, borborigmos, la diarrea alterna con el extreñimiento: los excrementos tienen, por lo común, coloración normal, y en el menor número de casos están descolorados.

Muchos de los pacientes acusan palpitaciones, con ansiedad precordial y sensación de latidos cerebrales; algunos sienten mareos y zumbido de oídos; el pulso es regular, frecuente, depresible y pequeño, como corresponde al estado de anemia del sujeto. Hay taquicardia y algún soplo suave, con disminución de los tonos y del choque cardiaco; la orina, normal, y sólo en algunos casos se ha presentado poliuria, cual si revistiera los caracteres de la diabetes insípida.

El padecimiento evoluciona, por lo común, sin fiebre, no habiéndola observado sino en determinados casos, de tipo remitente y de poca elevación térmica, complicándose frecuentemente con la malaria.

Dos indicaciones se ofrecen en esta enfermedad: expulsar los vermes, y ayudar al organismo para la restauración de la sangre. Para llenar la primera, el autor ha administrado el extracto etéreo de helecho macho, á la dosis, por lo menos, de tres gramos diarios; y en casos de intolerancia para dicho medicamento, ha empleado la esencia de trementina y los purgantes. El tratamiento se ha instituído, administrando el medicamento cinco días consecutivos, con igual número de días de descanso, y en ellos algún purgante, en los enfermos á quienes no ocasionaba el helecho diarrea persistente; y una vez desaparecidos los huevos en las deposiciones, los medicamentos reconstituyentes han completado la curación.

En todos los enfermos se ha comprobado en los excrementos la existencia del anquilostoma en estado de óvulo, nunca en estado de vermes adulto, ni en ninguna otra fase de su evolución en lás deposiciones recientes: en el verano á la temperatura

ambiente, y en las demás estaciones por medio de la estufa, á una temperatura de 20 á 30°, y con humedad suficiente para evitar la desecación, ha podido seguir el autor, de las veinticuatro á las cuarenta y ocho horas siguientes, la evolución de los óvulos en su metamorfosis más avanzada.

El óvulo recién expulsado del hombre enfermo, se presenta de un tamaño uniforme, de cinco centésimas de milímetro de largo por tres de ancho; de cubierta anhista y transparente, y contenido granuloso; aparece segmentado en varias esferas germinativas; y destacan estos óvulos de la preparación por su transparencia opalescente y tono grisáceo de su contenido.

Las larvas, cuando á beneficio de una temperatura conveniente se desarrollan, aparecen muy vivaces, recorriendo con celeridad todo el campo de la preparación; miden de 25 á 56 centésimas de milímetro; su extremidad posterior termina en cola afilada, y la anterior en cono truncado; la boca, desprovista de dientes, la representa un conducto, que continúa con la faringe más ancha; sigue el intestino, dispuesto en zic-zac, y termina en la abertura anal, en un pequeño relieve lateral externo. En dicho lado, y hacia la porción media de la larva, hay un corpúsculo ovoideo, que es el rudimento genital. Crecen las larvas, y adquieren en ocho días, cuando más, sus dimensiones máximas; y si el medio es favorable, se envuelven en una cápsula transparente y flexible.

El *anquilostoma*, en su fase última, tal como aparece en el intestino humano, es de cuerpo cilíndrico, transparente en su cuarto inferior y amarillo parduzco en el centro, con un punto negro en el dorso, que marca el principio del intestino; la cápsula bucal, en forma de cúpula, contiene dos pequeñas crestas en el labio dorsal, y cuatro encorvadas, como ganchos, en el ventral, de naturaleza quitinoide; en el fondo del chupador hay dos eminencias cortantes y puntiagudas, como dientes de sierra, de igual consistencia que las anteriores; la faringe es muscular, y el intestino ancho y rectilíneo. El macho, más pequeño que la hembra, termina su cuerpo por una bolsa copulativa, formada de un óvulo dorsal (*debe decir, lóbulo*) y dos laterales; el conducto diferente, al que están unidos dos espículos largos

y delgados, se abre con la terminación del intestino en el pabellón caudal. La hembra presenta la vagina abierta en el tercio posterior, y los dos tubos ováricos que siguen, suelen estar llenos de huevos; el ano está situado en la extremidad de la cola.

En unión del óvulo del *Anquilostoma*, el autor ha comprobado en algunos enfermos un germen más pequeño, de color achocolatado, forma alimonada, con los dos polos refringentes y redondeados, cuyos caracteres concuerdan con los que se asignan al óvulo del *tricocéfalo dispar*.

Respecto al contagio, el autor dice que se produce por la ingestión de óvulos procedentes de otros enfermos; y no estando dotados estos gérmenes, ni de la tenuidad de los de las bacterias, para ser transportados con tanta facilidad, ni tampoco de su adaptación, para conservarse en el medio ambiente, la difusión está limitada á aquellas localidades donde encuentre las principales condiciones, que requieren para conservar su vitalidad, siendo el hombre enfermo el vehículo más ordinario para propagarse á lugares lejanos. Requiere este vermes, para la conservación de sus gérmenes, mucha humedad y temperatura templada; por lo que sólo se desarrolla en nuestros climas en las galerías subterráneas de las minas, en las alfarerías é industrias análogas.

Ingerido el óvulo en el estómago con los alimentos y bebidas, rápidamente evoluciona y se transforma en gusano sexuado; se adhiere por su aparato bucal á la mucosa del primer tramo del intestino delgado, la que desgarra; prontamente pulula en número considerable, y tanto por las continuas sustracciones de sangre que provocan, como por la secreción de algún producto tóxico desglobulizante, que deben elaborar, se explican las alteraciones patológicas que caracterizan la enfermedad. En el extremo inferior del intestino delgado y en todo el grueso, el vermes no se asienta, y debe ser destruído, salvándose sólo el óvulo por su resistente cubierta, cuando sólo en este estado revela su presencia.

Para preservarse de esta enfermedad y evitar su difusión, el plan de saneamiento y profilaxis debe dirigirse á conseguir la destrucción de los gérmenes, inmediatamente después de ex-

pulsados por los enfermos; á la desinfección de los lugares, ya contaminados, y á las precauciones y cuidados convenientes en los que vivan en estas localidades, para que los alimentos y bebidas no contengan aquellos gérmenes.

El Dr. De la Cuadra y Martínez dice en su trabajo, que se impone una Inspección sanitaria de las minas denunciadas de padecer esta enfermedad, para señalar el número de obreros atacados que trabajan en ellas, y determinar las contaminadas y las inmunes. Se establecerá un Laboratorio de análisis clínico-microscópico, que facilite á cada obrero que desee ingresar en minas no contaminadas, certificado de no padecer la enfermedad en cuestión; obligando á las empresas y á las autoridades locales á asistir convenientemente á los obreros afectados hasta su completa curación, para que no vayan á otras poblaciones inmunes, difundiendo los gérmenes de su dolencia.

Debe ordenarse que todo el que defeque dentro de las galerías donde trabaja, lo haga en recipiente *ad hoc*, donde el excremento sea desinfectado; que se suministren aguas de reconocida pureza; que se publique una Cartilla sanitaria, y que se emprenda un plan eficaz de saneamiento de las minas hoy infectadas.

Sostiene, por fin, el autor, que existe una grave endemia de esta enfermedad en las minas de Linares, y excita el celo de la Academia para que reclame de los Poderes públicos la aplicación de aquellas medidas que, en su sabiduría, estime más eficaces para la desaparición de la *Anquilostomiasis* en la numerosa colonia obrera de dicha zona.

Redúcese á lo expuesto el trabajo del Dr. De la Cuadra y Martínez sobre la *Anquilostomiasis en mineros procedentes de Linares*, que, como puede juzgarse fácilmente, resulta una descripción muy estimable de dicha enfermedad, fundada en la observación de 62 enfermos asistidos en el Hospital de Úbeda, y comprensiva de la sintomatología, etiología, diagnóstico, pronóstico, terapéutica y profilaxis del padecimiento que determina el parásito llamado *Uncinaria duodenalis* ó *Anchilostoma duodenale*, descubierto en 1838.

Trátase en la Memoria que la Sección ha examinado de un

estado morboso, cuya patogenia no se conoció hasta el siglo XIX; que se ha llamado también *Uncinariasis*, por su agente patógeno, *anemia de los mineros*, *clorosis de Egipto*, *opilación*, *hipohemia intertropical*, *geofagia*, y con otros nombres; que se ha observado en todas las partes del mundo, y que la padecen especialmente los que trabajan en la tierra, como los mineros, los obreros de las fábricas de ladrillos y de los arrozales, y los que se ocupan en la remoción de terrenos y perforación de túneles. Manifiéstase por los fenómenos propios de la anemia, como disminución notable de los eritrocitos y de la hemoglobina, hemorragias y equímosis; dolores en el epigastrio, náuseas y vómitos, extreñimiento, y, con menos frecuencia, diarrea, á veces fiebre, geofogia en ciertos casos, complicaciones graves de los aparatos respiratorio, digestivo y urinario, soplo en la región precordial, y como fenómeno característico, la presencia de huevos del *Anquilostoma* duodenal en las deyecciones ventrales. Tal estado morboso suele ser de larga duración, se transmite por contagio, y su tratamiento se reduce al empleo del extracto etéreo de helecho macho, á dosis de dos á cuatro gramos, al del timol, la glicerina y los purgantes; no siendo, por desgracia, tan eficaz como desearíamos.

Los caracteres que el autor de la Memoria asigna al parásito en sus diversas fases, y especialmente sus dimensiones, merecen que la Sección exponga algunas consideraciones con el fin de que se aclaren puntos, que aparecen obscuros y dudosos.

El Sr. Cuadra y Martínez llama *óvulos* á los *huevos* del *Anquilostoma*, en lo cual no hay la debida propiedad; y sin duda por error de copia, se dice que el cuerpo del macho termina por una bolsa copulativa, formada de un óvulo dorsal y dos laterales, cuando en todas las obras se consigna, que el macho tiene una *bolsa caudal*, formada de *un lóbulo dorsal pequeño*, y de *dos lóbulos laterales desarrollados*.

Según el autor el *huevo* (óvulo), es de cinco centésimas de milímetro de largo por tres de ancho, mientras que en la Patología Mèdica, de Brouardel, se asegura que es elipsoide, de 52 á 65 centésimas de milímetro de largo y de 32 á 43 milésimas de milímetro de ancho; en la Patología general, de Bouchard,

se dice que es parecido á primera vista al del oxiuro, del cual se distingue por su contorno regularmente elíptico, y también porque en el momento de la puesta, la segmentación del vitellus es apenas iniciada, midiendo de 55 á 65 milésimas de milímetro de largo por 32 á 45 de ancho; y en la Medicina Clínica, de Erstein, consta que los huevos son ovalados y de doble contorno, tienen de cinco á seis centésimas de milímetro de longitud y de unas tres á cuatro de anchura, salen del cuerpo ya fecundados, y se hallan en las deyecciones en el estadio de segmentación.

De las *larvas*, dice el autor que miden de 25 á 56 centésimas de milímetro, en tanto que en Brouardel se consigna, que tienen 560 milésimas de milímetro de largo por 24 de espesor.

Como la Memoria en cuestión no expresa las dimensiones del *Anquilostoma* en su última fase, la Sección anotará que, según la mencionada obra de Brouardel, el macho es de 8 á 11 milímetros de longitud, y la hembra de 10 á 18 milímetros; según Bouchard, el macho tiene de 6 á 11 milímetros de largo por $0^{mm},4$ á 5 de ancho, y la hembra de 7 á 15 milímetros de longitud, y su anchura es poco mayor de un milímetro; y según Erstein, la hembra es de 7 á 18 milímetros de larga por unas 68 centésimas de milímetro de ancha, y el macho sólo alcanza la longitud de 7 á 11,2 milímetros.

No existiendo, por tanto, la debida conformidad en el punto referente á las dimensiones del *Anquilostoma* en sus diversas fases, se impone un estudio tan escrupuloso como la verdad científica demanda.

La profilaxis de la *Anquilostomiasis* que se propone, merece llamar la atención de la Academia, porque llevada á la práctica, produciría felices resultados, no sólo para preservar á los mineros de tan grave padecimiento, sino para que se vieran libres de él otras muchas personas expuestas al contagio.

Los señores Académicos, sin salirse de la legítima esfera de su acción y facultades, y utilizando los datos y conocimientos que se han aportado al debate en el curso anterior y en el presente, cumplirán una vez más con los deberes que les impone el cargo que desempeñan.

En virtud de cuanto queda expuesto, y teniendo en cuenta lo preceptuado en el capítulo 3.° del Reglamento de la Academia, respecto á los *Escritos que á la misma se remiten*, y las condiciones del trabajo en cuestión, muy digno de estima, la Sección es de dictamen que se den al autor gracias muy expresivas por su remisión, y por haber hecho partícipe á la Corporación del fruto de su observación é ilustrada experiencia.

La Academia, sin embargo, resolverá, como siempre, lo más acertado.

Madrid, 23 de Marzo de 1905.—*El Presidente y Ponente*, MANUEL IGLESIAS.—*El Secretario*, JOSÉ CODINA.

El SR. PRESIDENTE anunció, que del precedente informe se daría cuenta en sesión de gobierno, á los efectos que procedan.

Habiéndose presentado en el salón el Excmo. Sr. D. Carlos María Cortezo, Académico numerario, que en el día de hoy ha jurado el cargo de Ministro de Instrucción pública y Bellas Artes, ocupó la presidencia, con arreglo á lo prevenido en el artículo 37 de los Estatutos, invitado por el señor Presidente de la Academia.

Reanudado el debate sobre la *Anquilostomiasis*, hizo uso de la palabra

El SR. CODINA, y dijo: «Pueden ser de tal índole los acontecimientos imprevistos, que por más que se tenga formado en la mente una especie de índice ó resumen de lo que se piensa decir, es necesario de todo punto modificarlo. Ya podéis comprender, señores Académicos, que me refiero al fausto acontecimiento de ser presididos por uno de nuestros queridos compañeros, que acaba de ser elevado al honroso cargo de Consejero de la Corona, de Ministro de Instrucción pública; y por no ofender su excesiva modestia, me limito á felicitarle y á consignar que, por ello, bien se puede considerar que está de enhorabuena la clase médica.

Empezaré manifestando que, por lo dicho en noches anteriores en brillantísimos discursos, no puedo comenzar mi co-

municación por donde me inclinaban mis deseos, pues bien se ve que la semilla que fué lanzada en el Ateneo de Madrid por D. Francisco Silvela en la primera conferencia que dió acerca de la «Historia de las ideas éticas en España,» no ha fructificado en esta Academia. En efecto: personas de gran relieve, de gran saber, de gran cultura y de no menor competencia, como los Sres. San Martín, Sañudo, Rodríguez y Abaytua, Larra, etc., antes de empezar su disertación, han pedido con afiligranados párrafos la benevolencia que saben tienen de todos sus compañeros, y yo, que realmente me siento muchos codos por debajo de todos ellos, y necesito, por lo tanto, de una benevolencia más marcada si cabe, no puedo en realidad comenzar haciendo caso omiso de aquella petición, como era mi propósito, sin exponerme á ser tildado cuando menos de atrevido.

Dispuesto á no molestar este año la atención de la Academia, en vista de la frecuencia con que la ocupé el curso pasado, me había reprimido en el derecho de tomar la palabra tantas veces como en otras circunstancias la hubiese pedido; y no he de ocultar que me quedé con deseos de dejar demostrado que, en mi humildísima opinión, no debía considerse el cáncer del estómago como una enfermedad de patología médica, sino de patología quirúrgica; y por otro lado, al oir la interesante comunicación del Sr. González Alvarez, referente á un caso de noma y al caso de un niño afectado de *Anquilostomiasis*, también me quedé con el deseo de decir algunas palabras acerca de aquella enfermedad, que por fortuna es rara, y acerca de lo relativo al referido caso de *Anquilostomiasis*, por haberme llamado extraordinariamente la atención que el niño se hubiese curado con una sola toma de la medicación empleada, hecho sumamente raro, que yo no he podido registrar en mi clínica.

Por lo que se refiere á la gangrena de la boca, he de manifestar que, cuando tuve á mi cargo la sala de enfermedades eruptivas en el Hospital General, había tenido ocasión de observar algunos casos como el presentado por el Sr. González Alvarez; y participando de la creencia de que no había medicación tópica que diera un resultado tan eficaz como la cauterización con el termo-cauterio, me sorprendió oir preconizar los

efectos obtenidos con una simple aplicación de azul de metileno; sorpresa muy grata, puesto que es grande la importancia que puede tener una medicación tan simple y tan inocua para salvar algunas veces la vida y curar una enfermedad que deja, por lo menos, defectos extraordinarios en la parte más visible del cuerpo, cual es la cara. Creo, pues, que la Academia vería con gusto el resultado final que tuvo la niña que examinó la otra noche, pues por esa inspección pudo cerciorarse de que se trataba de una gangrena de gran importancia; y por la nueva inspección que pido, se cercioraría del mismo modo del valor curativo que debiera concederse á la medicación propuesta.

En cuanto al caso de *Anquilostomiasis*, he de repetir que en aquel mismo momento hubiera tomado la palabra, porque en las salas de mi Clínica se está llevando á efecto una experimentación desde el año pasado, y después porque fueron tan interesantes las razones expuestas aquí por el Sr. Larra que, quien se ocupa de un asunto de este género no podía menos de sentirse atraído á contribuir, en su modesta esfera, al estudio de tan importante problema médico-social. Al saber que en el trabajo del Sr. De la Cuadra se rogaba á la Academia que tomara iniciativas para llamar la atención de los Poderes públicos con objeto de que se pusieran en práctica medidas profilácticas contra tal proceso, tuve que pedir que se me enterara de si esto podría ser factible y qué medios había para hacer efectiva aquella iniciativa por parte de la Academia. Y cuando el Sr. Larra nos dió la brillantísima prueba de los conocimientos, sobre todo extranjeros, que posee acerca de la *Anquilostomiasis*, creí llegado el momento, no diferible, de cumplir una obligación: la de molestar á la Academia acerca de este tema, cuyo desarrollo, aunque incompleto, me va á ocupar esta noche.

La *Anquilostomiasis* puede estudiarse desde dos puntos de vista totalmente distintos: desde el punto de vista de considerar la enfermedad como un padecimiento que sufre un determinado individuo que es necesario curar, y desde el punto de vista de considerarla como una enfermedad social que ataca á un gran número de individuos, y que hace necesario evitar su

propagación; es decir, que mientras en el primer caso sólo tratamos de curar al individuo que ha contraído la *Anquilostomiasis*, en el segundo nos proponemos, no sólo curar, sino evitar que se contagie el que está sano. De esta división se derivan las dos ramas fundamentales del estudio de la *Anquilostomiasis:* una que corresponde de derecho á la Patología médica, ó sea el conocimiento de la enfermedad y su tratamiento, y otra que compete en absoluto á la Higiene pública, ó sea el aspecto referente á la profilaxis.

Así como la tuberculosis, la pelagra, paludismo, alcoholismo y otras enfermedades han dado lugar á esas luchas que se llaman antituberculosa, antipelagrosa, antipalúdica, antialcohólica, etc., así también la *Anquilostomiasis*, por las consideraciones y los caracteres generales á que antes he aludido, es acreedora á que se organice una lucha antianquilostomiásica, lucha entablada ya y con éxito en otras naciones, y que aquí todavía no se ha organizado; y si alguna iniciativa existe en este sentido, bien se puede decir que se debe al entusiasmo del señor Larra. Pero ocurre preguntar, inmediatamente que acude al pensamiento la idea de luchar contra una enfermedad: ¿qué conocimientos es necesario poseer para entablar la lucha?

Indudablemente pueden dividirse en cinco grupos todos los conocimientos indispensables para organizar con esperanzas de éxito la lucha antianquilostomiásica: 1.°, conocer la causa de la enfermedad y la biología del parásito; 2.°, conocer los caracteres del padecimiento que este parásito provoca; 3.°, conocer los productos contagiosos y al mismo tiempo los vehículos de estos productos; 4.°, conocer la puerta de entrada del agente infeccioso ó parasitario; y 5.°, conocer todos los factores que contribuyen á propagar dicho contagio. Ya se comprenderá que sin un conocimiento profundo de cada uno de estos grupos, es realmente imposible que la lucha que se organice pueda tener un valor positivo. Vamos, pues, aunque sea someramente, á examinar cada uno de estos grupos de conocimientos que es necesario poseer para organizar la lucha antianquilostomiásica.

Conocimiento de la causa de la enfermedad y biología del parásito.—En este punto no me voy á entretener, por una razón po-

derosa: acaban los señores Académicos de oir el extracto de la Memoria del Sr. De la Cuadra (de Ubeda), leído por el señor Secretario; recordarán también el extracto de otro hermoso trabajo de los hermanos González, de Horcajo, trabajo que honra á la Medicina española, puesto que se trata de un estudio de investigación experimental muy completo. Por esto no trato de ello; pero á fin de que la Academia y el público puedan formarse más completa idea del parásito y de las partes más interesantes del anquilostoma, vamos á hacer uso, por medio del aparato de proyecciones, de unos clichés debidos á la amabilidad y competencia de nuestro compañero el Dr. Espina, y comenzaremos la exposición de ellos presentando el mapa general de la *Anquilostomiasis* en el globo terrestre. (Acto seguido el Sr. Espina hizo las proyecciones de dicho mapa, de anquilostomas machos y hembras, de fotografías microscópicas de las extremidades cefálicas y caudales de ambos sexos de huevos y larvas, mientras el Sr. Codina explicaba resumidamente los caracteres más salientes de cada una de ellas; terminadas las proyecciones, continuó en el uso de la palabra, y dijo:)

Hecha esta rápida enumeración de los principales caracteres del anquilostoma, pensaba fijarme en dos puntos que, á mi modo de ver, tienen mucho interés y que son el número de especies y el cómo provocan la enfermedad. El referente á la existencia de dos especies de anquilostomas, las llamadas *Uncinaria duodenalis* y *Uncinaria americana*, puede considerarse como muy exacto, puesto que esta última, en vez de los ganchos del anquilostoma duodenal, tiene láminas quitinosas, y en el centro del esófago, en la parte posterior del bulbo faríngeo, un diente central. Se asegura, además, que la especie americana tiene un tamaño mucho menor que el europeo, el cual se dice que mide como máximum de 12 á 18 milímetros; sin embargo, nosotros en la Clínica hemos visto que algunos han llegado á dos centímetros. La longitud máxima de los americanos se afirma que no excede de 11 á 12 milímetros.

Creemos que merece ser consignado que los encontrados en uno de los enfermos ingresados en la Clínica tenían todos un tamaño pequeño y un color achocolatado, es decir, tamaños

análogos á los que se observan en la especie americana; y por el examen hecho, puedo asegurar que tenían caracteres distintos de los demás, puesto que en vez de la superficie lisa, es decir, en línea recta ó curva, que presentan los anquilostomas, tenían los examinados hoy la superficie formando una especie de zig-zag, pareciendo como si hubiera segmentos de trecho en trecho, y en la cabeza se ve un agujero redondo como tirado á compás, y en el centro de esta especie de boca hemos visto delinearse débilmente (con 400 diámetros de aumento) tres líneas que desde la circunferencia se reúnen en el centro, formando un trípode abierto.

Aunque estas observaciones las hemos hecho esta mañana por primera vez, y estamos dispuestos á rectificarlas si llega el momento oportuno, damos noticia de ellas á la Academia por si ocurriera, como es probable, que existiesen varias especies de anquilostomas.

Caracteres del padecimiento.—El otro punto que á mi modo de ver tiene también mucho interés, es el cómo este parásito provoca la enfermedad; pero antes de pasar á este punto, que ha sido motivo de investigaciones de laboratorio que he llevado á cabo, me permitirán los señores Académicos que trate en pocas palabras del segundo grupo de conocimientos indispensables para establecer la lucha contra la *Anquilostomiasis*. Consiste este grupo en saber descubrir los caracteres con que la enfermedad se manifiesta, y para ello hemos de partir de la base de que la enfermedad que produce la presencia del anquilostoma en el intestino puede manifestarse con síntomas violentísimos, y puede también no manifestarse por ningún síntoma; es decir, hay *Anquilostomiasis larvadas*, individuos que tienen anquilostomas en su intestino, y no padecen, sin embargo, ninguna enfermedad que llame la atención. Cuando provoca síntomas la *Anquilostomiasis*, se manifiestan con los caracteres de la anemia llamada de los mineros, que no voy á describir, porque todos sobradamente conocéis, y que es tan insidiosa en sus comienzos, tiene una predilección tan manifiesta por las localizaciones cardiacas, tiene una acción tan destructora sobre los pigmentos orgánicos, que individuos hay que después de curados, después

de recobrar algún tinte coloreado en sus mucosas, después de haberse elevado á gran altura el número de sus glóbulos rojos y haber aumentado la hemoglobina hasta alcanzar una cifra doble á la obtenida antes del tratamiento, y no tener anquilostomas ni huevos en los excrementos, llevan, sin embargo, aquel color céreo que tardará muchos años en desaparecer, y algún soplo cardiaco que tal vez no desaparezca nunca, y sea el preludio de una enfermedad permanente.

He traído dos enfermos de mi Clínica: el uno curado desde hace más de tres semanas, enfermo que ha expulsado 1.130 anquilostomas, que ingresó con un millón de glóbulos rojos y 30 por 100 de hemoglobina, y hoy tiene más de cuatro millones de hematíes y 50 por 100 de hemoglobina; y otro enfermo que acaba de ingresar hoy, el cual se puede afirmar que es anquilostomiásico, aunque todavía no se han examinado los excrementos por no haber evacuado. (El Sr. Codina presentó los dos enfermos, que examinaron los señores Académicos y el público, y continuó diciendo:)

Como han visto los señores Académicos, á pesar de la curación del primer enfermo, persiste el tinte céreo de su piel. Claro que hay una gran diferencia entre el que acaba de ingresar, tan extraordinariamente anémico, y el que va á marchar del Hospital pasado mañana.

Patogenia del proceso.—Uno, pues, de los problemas científicos, doctrinales, que tienen más interés en el estudio de la *Anquilostomiasis*, es indudablemente el que se refiere á la patogenia del proceso, es decir, el que se plantea preguntando: ¿por qué la presencia del anquilostoma en el intestino provoca la anemia llamada de los mineros? Ya recordará la Academia que el año pasado, al presentar aquellos casos clínicos, hice indicaciones respecto á mi opinión de que la anemia no era el resultado de una *sangría suelta* en el intestino; que no era tampoco el resultado de la succión de sangre por el parásito, no: era de pensar que la anemia era el resultado de una intoxicación. Y recordaréis que yo indicaba aquí que, del propio modo que las sanguijuelas vierten en la misma herida que producen una substancia que impide la coagulación de la sangre, así también este

parásito tal vez inyecte en el torrente circulatorio una toxina capaz de provocar la anemia. Las pruebas en favor de este aserto van en aumento, y desde todos los puntos de vista se va considerando que la anemia no puede ser el resultado de la pérdida sanguínea, y hasta se ha llegado á suponer que sólo accidentalmente es capaz el parásito de chupar la sangre. Loos, del Cairo, ha dicho que se proponía probar en uno de los próximos Congresos que el anquilostoma se alimenta del moco intestinal; que no chupa la sangre, y que únicamente se encuentran algunos parásitos con su intestino lleno de sangre cuando de un modo accidental tropiezan con un capilar.

Resulta, pues, de importancia extraordinaria el descubrir los mayores horizontes posibles acerca de este punto, porque en él ha de descansar la base más firme de una terapéutica racional.

Preocupado por estas ideas, intenté hacer algún experimento, y antes de llevarlo á cabo procuré indagar qué se había hecho acerca de este asunto, y es lo cierto que la literatura experimental, referente á este punto concreto, es de lo más reducida, puesto que todos los argumentos de peso en favor de la idea tóxica del proceso son más bien de índole racional que no pruebas experimentales. Se dice, por ejemplo, que es inexplicable que la anemia se presente en un individuo con pocos parásitos, mientras que otro que tiene muchos no la padece; y se pregunta: ¿cómo es que individuos que tienen el parásito en el intestino no tienen manifestaciones anémicas? ¿Cómo es que este parásito, siendo chupador de sangre, no provoca una anemia análoga á la de otras pérdidas sanguíneas, etc., etc.? Es decir, se rebuscaba, más que buscaba, toda una serie de argumentos que tenían un gran fondo racional y no dejaban de estar provistos de gran valor; pero pruebas experimentales, hasta el presente, yo no había encontrado otras sino las que se refieren á los experimentos de Lussana, Bohland y Arslan. El primero fué Lussana, que inyectó á conejos la substancia extraída de la orina de enfermos anquilostomiásicos: dichos conejos contrajeron una anemia muy acentuada, y suprimidas las inyecciones, recobraron rápidamente la normalidad hemática. Al inyectarles

de nuevo la misma substancia, ya no se consiguió provocar la anemia.

No poseo el trabajo completo de Lussana, y no puedo formar juicio exacto acerca del valor que se debe conceder á su labor experimental; pero me parece bastante vago el hecho de dar por cierto que la anemia anquilostomiásica es debida á una toxina por haberse encontrado una substancia tóxica en la orina, y que inyectada á un animal produzca la anemia; en realidad, no me parece una prueba categórica. Estos y otros experimentos fueron comprobados por Bòhland y Arslan.

Entre los trabajos publicados y relacionados con este asunto, pueden citarse los experimentos de Tallgvist y Schaumann, relativos á la anemia provocada en los perros por la ingestión del botriocéfalo recién expulsado, y el hecho que cita Maragliano del poder hemolítico que tiene el suero de los individuos que padecen anemia perniciosa con respecto á los glóbulos rojos de los individuos sanos de la misma raza. Como se ve, y antes decía, no puede ser más deficiente la literatura acerca de este punto concreto. Por fin, he encontrado un trabajo publicado en la *Semana Médica Alemana* (núm. 27, 1904), por Isaac y von den Velden, acerca de la anemia botriocefálica; en él se citan los experimentos que se practicaron para descubrir la presencia de una precipitina en el suero de un enfermo que padecía la anemia botriocefálica, partiendo también del principio de que ésta era el resultado de una intoxicación. Al efecto, razonaban dichos autores del siguiente modo: si es debida á una intoxicación, el parásito debe introducir en el torrente circulatorio una substancia tóxica, que se encontrará en el suero de la sangre de estos enfermos, y que si tiene la facultad de precipitar una solución de botriocéfalo, dicha substancia tóxica será una verdadera precipitina específica.

El resultado de los experimentos practicados fué positivo, es decir, que se demostró la existencia de una precipitina específica en el suero de los enfermos que padecen la helmintiasis botriocefálica. Ante lo sugestivo del razonamiento y del éxito obtenido, me propuse hacer una experimentación análoga con objeto de descubrir si en el suero de los anquilostomiásicos ha-

bía también una precipitina específica. Pero antes de comenzar la exposición de la labor verificada, permítaseme que haga constar mi más profundo agradecimiento al Laboratorio de Higiene de Sanidad Militar, donde se han hecho los experimentos y donde encontré todos los medios apetecibles de amabilidad, cooperación é inteligencia, y de un modo especialísimo en la persona del ilustre bacteriólogo, honra de nuestra patria, Doctor Martín Salazar.

La experimentación fué sencilla. Del propio modo que para el botriocéfalo, se preparó una solución de anquilostomas por autolisis.»

El Sr. Espina demostró, valiéndose de numerosas proyecciones, el Mapa y Geografía de la *Anquilostomiasis*, los caracteres del macho y de la hembra, y diversas particularidades referentes al parásito.

El Excmo. Sr. Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, D. Carlos María Cortezo, dirigió la palabra á la Academia para manifestar: Que desde que ha sido honrado por Su Majestad con el cargo que ha empezado á desempeñar, sólo ha pensado en ofrecerse á la Academia y á sus compañeros, en cuanto pueda servirles y complacerles; que el cariño, y no clase alguna de vanidades, le han traído, como tributo y ofrenda del corazón, á presidir por primera y última vez la Academia; y que en lo sucesivo, cuando sus ineludibles ocupaciones le permitan asistir á las sesiones, ocupará su modesto puesto de Académico, dejando la presidencia al elegido por la Corporación.

Los señores Académicos expresaron al señor Ministro su agradecimiento y su satisfacción, felicitándole con el más cariñoso afecto.

Después se levantó la sesión.

IV

SESIÓN DEL 15 DE ABRIL DE 1905

Abierta á la hora designada, leída y declarada conforme el acta de la anterior, se dió cuenta de los impresos recibidos.

Reanudado el debate sobre *Anquilostomiasis*, dijo

El Sr. Codina: «Después de lo manifestado en la sesión anterior, me veo obligado á molestar de nuevo vuestra atención acerca del mismo asunto, porque, pudiendo considerarse desde tantos puntos de vista, en aquella noche no pude más que describir ó estudiar uno de los problemas interesantes de esta importantísima cuestión; y como recordarán los señores Académicos y el público, me ocupé en dicha sesión de los dos epígrafes primeros de aquéllos á que había reducido el estudio de la *Anquilostomiasis* considerada como una enfermedad social.

Me ocupé, pues, por una parte, de la causa del proceso y de la biología del parásito, y, por otro lado, de la forma ó caracteres con que se manifiesta el proceso; y al llegar á este punto, recordarán que inicié la exposición de una serie de experimentos referente á la patogenia de la enfermedad, punto que si no tiene un interés íntimamente ligado con el aspecto social de la cuestión, tiene, en cambio, para esta Academia, el de ser uno de los puntos más científicos del mismo, es decir, el que ha de llevar al ánimo la convicción del mecanismo del proceso, y ésta es una aspiración que, considérese desde cualquier punto de vista, siempre resultará la más científica. Con este motivo había dejado entrever las lagunas que existen en el estudio de la patogenia de la *Anquilostomiasis;* había recordado la intentona demostrativa, que no pasaba de tal, referente á los experimentos de Lussana, Bohland, Arslan, Tallgvist, Schaumann, Isaac y von den Velden, y había hecho indicaciones de que casi todos los trabajos podían reducirse á considerar la patogenia del proceso: primero, como una pérdida sanguínea originada por

el parásito, que es la opinión más antigua; la otra en que se supone, como Loos, que el verme se alimenta del moco intestinal, opinión no probada; pero tal debe ser el convencimiento que Loos tiene de este aserto, que ha llegado á decir que en una de las próximas reuniones de cualquier Congreso espera poder presentar un anquilostoma con un trozo de mucosa intestinal que le entre hasta el mismo estómago; y, por fin, la opinión, cada día más aceptada, de que el parásito, aliméntese ó no de sangre, provoca la enfermedad por medio de una intoxicación.

El deseo de comprobar esta última opinión, á mi modo de ver la más racional, me ha inducido á practicar algunos experimentos, y, como se recordará, hice mención en la sesión anterior del sitio donde los había verificado y de la excelente acogida que había obtenido en el Laboratorio de Higiene de Sanidad Militar. Dichos experimentos pueden reducirse á muy pocas palabras, como sucede con casi todos los trabajos experimentales. El fundamento hipotético de mis investigaciones fué el siguiente, análogo ó paralelo á los trabajos de von den Velden respecto de la anemia botriocefálica; es decir, preparé primero una solución de anquilostomas por autolisis, y después obtuve suero sanguíneo de los mineros anquilostomiásicos. La solución por autolisis del anquilostoma se obtuvo del siguiente modo: se recoge el anquilostoma de los excrementos, se lava bien y repetidas veces con una solución normal y esterilizada de cloruro sódico, y después se coloca en agua destilada á la estufa; y según el grosor ó tamaño del anquilostoma, ó según condiciones que no se pudieron precisar, había parásitos que se digerían antes que otros; pero, por término medio, desde el segundo al sexto día quedaban casi todos digeridos, dando como resultante una solución turbia.

La disolución se pasaba á través de un filtro esterilizado, y se recogía en una probeta también esterilizada.

El suero de la sangre del enfermo lo recogíamos con todas las precauciones antisépticas. Después de bien lavada la piel, se hacía penetrar á través de ella, hasta llegar al interior de la vena, una aguja provista de un tubo de goma, todo esteriliza-

do, por donde salía la sangre, la cual se depositaba directamente en una ampolla esterilizada. Dejábamos ésta en reposo, y á las veinticuatro horas obteníamos por decantación un suero completamente límpido.

Teníamos ya los dos elementos para hacer la prueba de la precipitina: la solución de anquilostomas y el suero del enfermo.

Mezclábamos 1 cc. de suero de un enfermo de *Anquilostomiasis* con 1 cc. de la solución de anquilostomas, y la mezcla la dejábamos depositada en la estufa al lado de un tubo con la solución de anquilostomas sola, y de otro con el suero solo también, y á las veinticuatro horas encontramos en el tubo que contenía la mezcla un precipitado evidente, mientras que en los otros dos tubos no había precipitado de ninguna clase.

Se hizo el experimento en distintas formas, bajo esta base fundamental, ya empleando suero de un enfermo con la solución de los anquilostomas por él expulsados, ya suero de otro enfermo con solución de anquilostomas no expulsados por él. En todos los casos se obtuvo el precipitado, y en todos los casos no precipitó ni el suero sólo ni la solución de anquilostomas.

¿Cómo era este precipitado? Era regularmente abundante, con la particularidad de que se veían como ligeros copos á las veinticuatro horas, con un movimiento descendente y ascendente que es muy común en todas las precipitinas, caracteres que nos hicieron pensar, desde el primer momento, en que el suero de estos enfermos contenía una precipitina específica. Sin embargo, ante la conveniencia de no pecar de ligeros en ningún asunto y menos en los experimentales, se hubo de pensar en la posibilidad de que, siendo muy difícil obtener una solución de anquilostomas totalmente aséptica, en virtud de la procedencia de éstos, puesto que se extraen de las mismas heces fecales los parásitos, y á pesar de los lavados repetidos á que se les sometía previamente, llevaran adheridos en su propia superficie el germen que habitualmente inofensivo vive en los intestinos: el coli-bacilo. Para hacer una prueba previa examinamos microscópicamente el precipitado, y en algunos casos vimos el bacilo *subtilis*, y en otros, en la mayoría, verdaderas colonias de es-

treptococos, lo cual nos hizo sospechar que, siendo bacteriana ó por lo menos no siendo aséptica la solución, muy bien pudiera tener otro origen el precipitado.

En fin, al hacer la contra-prueba, que consistió en mezclar la solución de anquilostomas con suero de sangre normal de un individuo sano, y colocar también el suero normal solo y la solución de anquilostomas sola, vimos que se obtenía un precipitado análogo, en el tubo de la mezcla, al obtenido en idénticas condiciones con suero de un enfermo anquilostomiásico. Al ver que en ambos casos se obtiene un precipitado con todos los caracteres generales de las precipitinas, teníamos motivo bastante para suponer que, aun dando por cierto la naturaleza precipitínica de aquél, en modo alguno se podía tratar de una precipitina exclusiva, específica del anquilostoma. En vista también del sedimento que se obtiene á las veinticuatro horas de estar sometida á la estufa la mezcla de los dos líquidos en ambos casos y de sus semejanzas con las precipitinas, tal vez se pueda suponer igualmente que el suero de aquel individuo normal contiene, como el suero del individuo anquilostomiásico, una precipitina y una precipitina específica, pero específica para el coli-bacilo, que habitaba seguramente tanto en el intestino de un individuo como en el del otro. Tampoco se ha de olvidar, teniendo en cuenta la septicidad de la solución de anquilostomas y su procedencia intestinal, que la reacción observada tal vez no fuera otra cosa sino una sero-reacción, como la de Widal en la fiebre tifoidea, es decir, una precipitación de los gérmenes que, procedentes del conte nido intestinal, se encontraron en la solución de anquilostomas.

He aquí la última contraprueba que hemos verificado y que cierra la primera parte de esta serie experimental. Después de repetidos lavados de los anquilostomas recién expulsados, en vez de preparar su solución por autolisis, los trituramos en un mortero con arena esterilizada; disolvimos en agua destilada y filtramos con las precauciones necesarias, y obtenida así la solución de anquilostomas, procedimos del mismo modo que antes: solución de anquilostomas mezclada con suero de anquilostomiásico en un tubo, y solución de anquilostomas mezclada con

suero de individuo normal en otro, y á los dos tubos se les añadió una gota de la solución de formol al 40 por 100. Pues bien: ni á las veinticuatro horas ni á las cuarenta y ocho ni á los tres ó cuatro días de permanecer en la estufa, hubo precipitado de ningún género, ni en un tubo ni en el otro. Este experimento es bastante decisivo para inclinarnos en favor del supuesto de que el precipitado obtenido en las mezclas anteriores era bacteriano, y, por lo tanto, no se trataba de precipitinas. Y no me atrevo á decir que dicho experimento es rotundamente afirmativo en tal sentido, porque no sabemos si aquel líquido antiséptico es ó no capaz de impedir la precipitación de una substancia albuminoidea. Hasta este punto llegan actualmente nuestras investigaciones; y como se comprenderá, nos falta continuar la experimentación. De todos modos, aunque insignificante nuestra contribución hasta el momento presente, hemos creído que tal vez no sería inoportuno ni carecería de interés dar cuenta sumaria, como hemos hecho, á esta docta Academia de los trabajos que hemos efectuado para aclarar las obscuridades que rodean á la patogenia de la *Anquilostomiasis*.

Productos contagiosos y vehículos del contagio.—Y dicho esto, que corresponde de lleno á uno de los aspectos del segundo grupo de conocimientos indispensables para establecer con éxito la lucha antianquilostomiásica, ocupémonos del tercer punto, el cual se refiere al conocimiento de los vehículos del contagio y á los productos que son contagiosos.

No he de recordar aquí, señores, que en varias enfermedades bacterianas los productos fisiológicos, y con más motivo los patológicos del organismo humano, son contagiosos, como los esputos tisiógenos, la descamación en la escarlatina, las costras en la viruela, las deyecciones en la fiebre tifoidea, etc., es decir, que hay una serie de productos que llevan en sí el germen del contagio. Pero además, para conocer perfectamente el mecanismo contagioso, no basta saber el origen del germen, sino el vehículo de que se sirve para implantarse en el individuo sano: así tenemos, por ejemplo, que el agua representa el mejor vehículo del bacilo de Eberth, si se considera cierta la teoría hídrica de la fiebre tifoidea. Si se recuerda otra serie de enferme-

dades, como las que actualmente se han estudiado más respecto á sus agentes parasitarios, veremos que sirven de intermediarios para el contagio los seres vivos como el *anofeles* en el paludismo, la mosca *stegomeia* en la fiebre amarilla, la *Tsé-Tsé* en la tripanasomiasis, y, por lo tanto, que no sólo tiene interés el conocimiento del producto contagioso, sino los medios de que se sirve para implantarse en el organismo sano.

¿Qué ocurre en la *Anquilostomiasis?* Pues, como origen del producto contagioso, no hay más que los excrementos que expele el individuo enfermo, fisiológicos ó patológicos; lo contagioso del individuo anquilostomiásico son los excrementos en los que salen los huevos de anquilostoma, y estos huevos, en medios apropiados, se transforman en larvas, que son las que propagan la enfermedad.

¿Pero es necesario tocar los mismos excrementos para contagiarse? ¿Qué vehículo es el más apropiado para que este huevo, que sale con los excrementos, se transforme en el agente apropiado para que el contagio se realice? Aquí, y no hace mucho tiempo, se ha repetido la idea corriente, la idea aceptada sin reservas hasta hace pocos años, de que el agua era el vehículo más importante para transmitir el contagio de la *Anquilostomiasis*, y no sé si recordarán los señores Académicos que el año pasado, cuando tuve el honor de que el señor Presidente de entonces, el Sr. Puerta, me hiciera la pregunta referente á si los enfermos que yo había tratado bebían el agua del interior de la mina ó de fuera de ella, hube de contestar entonces que en los experimentos hechos en el Laboratorio del Hospital General, dirigido por el competentísimo Dr. Mendoza, había visto que en cuanto los excrementos se diluían con agua desaparecían los huevos, de donde resultaba que el agua debía considerarse como uno de los medios menos apropiados para transmitir el contagio. A este propósito recordaré con muchísimo gusto, puesto que se trata de autores españoles, un trabajo digno de toda loa, de los hermanos González, de Horcajo, en el que se cita un hecho evidente respecto á que el agua es el factor más pésimo para la propagación de la enfermedad. Efectivamente: en Horcajo las aguas procedentes de las minas van á los lavaderos de

mineral, donde están empleados muchos obreros, y esas aguas se utilizan después por el pueblo para el lavado de ropas y hasta para el baldeo de las casas; si fuesen contagiosas, sería natural que todo el pueblo estuviese contagiado, y, sin embargo, dichos hermanos González dicen que no han encontrado un solo individuo contagiado en el pueblo. Vese, pues, cómo hemos de considerar al agua como uno de los factores ó vehículos menos apropiados para transmitir el contagio, y hoy se puede afirmar que todos los autores están conformes en que la abundancia de aguas resulta un medio excelente para combatir la *Anquilostomiasis*, siempre que aquéllas estén en buenas condiciones. Claro es que si se sometiese á grandes corrientes de agua el interior de una mina, no por esto se evitaría la *Anquilostomiasis*, porque la corriente que hubiese en las acequias laterales no habría de evitar más que el contagio que pudieran producir los huevos que la corriente arrastrara; pero, en cambio, esta misma abundancia de líquido facilitaría la humedad indispensable para que pudieran germinar los huevos depositados en sitios apartados de aquella corriente. Despréndese, pues, de lo manifestado, que probablemente resultaría una empresa inútil, desde el punto de vista profiláctico, entablar una lucha sin cuartel, como antes se había pretendido, contra el uso del agua en bebida de los manantiales del interior de las minas.

¿Cuál es, pues, en definitiva el mejor vehículo? El barro de consistencia semisólida, es decir, ni seco ni muy blando; en él encuentra el huevo de anquilostoma las mejores condiciones para germinar y para que el embrión se transforme en larva. De los experimentos verificados, con objeto de demostrar el contagio por la piel, por Loos, del Cairo, y por Smith, se puede deducir que la larva del anquilostoma encuentra en el barro un punto de apoyo para entrar en el organismo, mientras que en el agua no encuentra la resistencia necesaria para hacer una especie de palanca y penetrar en aquél. Resulta, pues, que el barro es el vehículo más apropiado para el contagio en la *Anquilostomiasis*.

Puertas de entrada del contagio.—Y vamos al punto que he llamado puertas de entrada del contagio, punto, á mi modo de

ver, interesantísimo, puesto que de su conocimiento depende la aplicación de una serie de medidas que hasta el día no creo que se hayan adoptado con rigor en ningún sitio; punto de tal transcendencia para la profilaxis en general, que, en mi opinión, ha de inducir á una verdadera revolución en cuantos medios profilácticos se han aconsejado, ó mejor dicho, se han dejado de aconsejar. Bien sabido es, y aquí se ha repetido con insistencia, que la puerta de entrada del contagio se ha creído que se encontraba únicamente en la boca, cuando en realidad hay motivos sobrados para creer actualmente que el contagio no se ingiere, ó cuando menos, que el contagio por ingestión es el más raro.

Hoy se supone fundadamente que la larva penetra por la piel. La primera sospecha de que la puerta de entrada del germen contagioso era la piel, y no la boca, data de 1898, es decir, hace siete años, cuando Loos, manejando una solución de anquilostomas, fué víctima de una erupción acompañada de picores intensos en una mano; llamándole este fenómeno extraordinariamente su atención, pensó que pudiera ser debido al resultado de la picadura, mejor que picadura, á la introducción de la larva á través de la piel; y con objeto de descubrir si se había infectado, al cabo de dos semanas comenzó el análisis de sus deposiciones, y á los sesenta días descubrió en ellas los huevos de anquilostoma. Claro es que todavía se dudaba de la significación del hecho, y Loos mismo no se atrevió á considerarle como una demostración definitiva: ¡tan arraigada estaba la creencia de que el individuo se contagiaba por la ingestión de la larva! Bastó, sin embargo, y no es poco, este involuntario experimento, para engendrar la sospecha de que la piel pudiera ser la puerta de entrada del contagio, y que los huevos que había en los excrementos no fueran debidos á la ingestión de la larva, sino á que ésta hubiera penetrado por la piel, llegando al intestino. Esta duda no pudo resolverse por entonces. Pero desde 1901 las pruebas experimentales van en aumento, y están unidas á los nombres de Loos, Grassi, Pieri, Noe, van Durme, etc., al propio tiempo que Bentley y Haldane refieren que también habían observado en los obreros análogas erupciones en la

piel; datos de presunción racional para inclinarse cada vez más á admitir el contagio por el tegumento externo. Las nuevas ideas encontraron un firme apoyo en los posteriores experimentos de Loos y Smith practicados en hombres, no en perros. Primero probaron estos autores, separadamente y de un modo terminante, que las larvas introducidas por la piel provocan una erupción especial vesiculosa, seguida de una inflamación del miembro donde se aplicó el agente contagioso (agua ó barro cargados de larvas), y después dolores de estómago; al cabo de ocho semanas, se presentaron en los hombres así infectados los huevos de anquilostoma en los excrementos. Desde este momento ya no se podía dudar de que la penetración de la larva por la piel era indudable y capaz de producir la infección ordinaria. Dejo de citar aquí otros experimentos interesantes que vienen á confirmar el mismo hecho; pero merece mencionarse el de los perros, practicado por Loos, y que consistió en colocar en el dorso de estos animales, en una extensión de 20 centímetros, un barro muy cargado de larvas de anquilostoma canino durante una ó dos horas, y sujetado por medio de un vendaje; al quitarlo, lavó la región con alcohol, y examinando luego el barro, se encontró en él una sexta parte de las larvas que antes contenía, es decir, que el resto de ellas había penetrado por la piel del animal, que murió á los diez días, después de presentar el cuadro típico de la *Anquilostomiasis*. Se hizo la autopsia, y en el intestino delgado, en el duodeno y en el yeyuno, se observó por la cara externa un punteado rojo, y allí se encontraron las larvas de anquilostoma, que todavía no habían roto sus cubiertas, nadando en un foco sanguíneo, sin que dentro del intestino de estas larvas se encontrara ni una gota de sangre; lo que viene á probar que este parásito no mata por la pérdida sanguínea, sino por efectos tóxicos, puesto que había matado al perro sin que se hubiera roto la cubierta de la larva y sin poder, por consiguiente, ocasionar pérdidas de sangre.

En Francia, Calmette y Breton, en vez de colocar el barro en la superficie dorsal del perro, y con objeto de evitar toda posibilidad de contagio por ingestión, le han hecho una inyección subcutánea de un líquido cargado de larvas, y de los diez y seis á

los veintiocho días aparecieron los huevos en las deposiciones, y el parásito estaba desarrollado. Análogos experimentos, con idéntico resultado, ha hecho Lambinet, de Lieja, según consta en la comunicación que el Dr. Firket hizo en Febrero de este año en la Real Academia de Medicina de Bélgica. Es decir, señores, que las pruebas son de tal índole, son tan irrecusables, que no hay más remedio que admitirlas; y si ahora se recapacita acerca de las condiciones en que se verifica el contagio de los obreros dentro de las minas, algunas veces desnudos, con la cara, el tronco y las extremidades manchadas por el barro, se comprenderá que, aunque no se pueda negar la posibilidad de otras puertas de entrada, es la piel la más amplia para dar lugar al contagio; y por esto decía antes que si se les da á estas pruebas todo el valor que tienen, ha de cambiar el concepto de la profilaxis de un modo extraordinario, y más que cambiar, se ha de completar, porque no debiéndose olvidar la posibilidad del contagio por ingestión, todo cuanto se oponga á que éste se verifique debe ser aceptado y practicado; lo que no puede aprobarse es la falta que se nota de toda medida encaminada á evitar el contagio por inoculación.

Factores que contribuyen á la difusión del contagio.—Y llegamos al quinto grupo de conocimientos, que puede resumirse en la siguiente pregunta: ¿cuáles son, pues, los factores que contribuyen á la difusión del contagio? Son varios: por una parte, tenemos las condiciones intrínsecas al sitio donde el trabajo se verifica, pues si los excrementos fueran depositados á pleno sol, seguramente que la larva no se desarrollaría. Se dirá, como objeción razonable á primera vista: ¿pues cómo en Puerto Rico el 90 por 100 de los trabajadores del campo padecen esta enfermedad? Pues sencillamente porque los excrementos productores del contagio no están bajo la acción de los rayos del sol, sino que se depositan en la sombra proyectada por aquella tupida y vigorosa vegetación, en donde la humedad, la semiobscuridad, el barro semipastoso, la temperatura casi siempre algo más que templada, son, como ya se ha dicho, condiciones apropiadas para que se desarrollen las larvas y queden dispuestas para el contagio.

Otra serie de condiciones apropiadas para que éste se difunda se encuentran en las necesidades fisiológicas del trabajador, puesto que si se pudiera evitar la defecación dentro de las minas, estaría seguramente cerrado de primera mano el origen del contagio. Las circunstancias inherentes al trabajo que se efectúa también contribuyen á la difusión, puesto que el calor que hay en las minas induce al obrero á quitarse casi toda la ropa, y, como consecuencia, deja expuesta, si no toda su piel, tres ó cuatro quintas partes de ella á la acción directa del agente contagioso.

Otra circunstancia, también favorable al contagio, es la frecuencia con que los mineros suelen cambiar de mina; y á este propósito, y según las investigaciones que tengo hechas relativas á los enfermos de esta clase que han ingresado en mi sala del Hospital, puedo decir lo siguiente: de 21 observaciones no han trabajado en una sola mina más que tres individuos, y en dos minas distintas otros tres; de los quince mineros restantes hay alguno que ha trabajado en 23; además, en estos cambios hay otro motivo de alarma con respecto á la difusión, digno de ser conocido, es á saber: que esos cambios no siempre se verifican dentro de una misma cuenca minera, sino que los mineros suelen trasladarse de una región á otra; de mis enfermos los hay que han trabajado en La Carolina y en Linares; uno, ha trabajado en minas de las provincias de Córdoba, Jaén y Ciudad Real; otro, en varias minas de Ciudad Real y Linares; muchos, en Linares y La Carolina; otro, en Murcia y Jaén; es decir, que una de las circunstancias que favorecen el contagio y, sobre todo, su difusibilidad, es la frecuencia con que los obreros cambian de región minera.

De la investigación preliminar.—Con todo lo que llevamos dicho, tenemos, por un lado, conocido el parásito con su biología y, por otro, conocemos los caracteres para descubrir la enfermedad, y además la posibilidad de que el parásito viva dentro del intestino del hombre sin enfermedad aparente; sabemos también cuál es el agente contagioso, los vehículos del contagio, las puertas por donde entra, los medios que facilitan la propagación del mismo. ¿Qué nos falta, pues, conocer? ¿Qué nos falta

saber para entablar una verdadera lucha contra esta enfermedad? Considerada desde el punto de vista científico, yo no creo que pecaríamos en España de jactanciosos si dijéramos que en nuestro país se sabe de esto tanto como en cualquier otro. Pero nos falta saber algo; nos falta conocer una serie de datos preliminares para entablar la lucha, datos indispensables y que deben preceder á la institución de toda medida higiénica, datos que se refieren sencillamente al conocimiento exacto y preciso de lo que está contagiado y de lo que no lo está; nos falta saber cuăntas y cuáles son las minas origen de la enfermedad, y es un deber, además de científico, humanitario, ocuparse de este asunto.

Señores Académicos, ¿es misión de un particular, de una empresa determinada la organización de esta investigación preliminar que ha de servir de átrio á la lucha antianquilostomiásica? De ningún modo: en mi humilde opinión, es misión del Gobierno, es misión gubernamental, es misión que de derecho compete al Estado. Desde que se sabe que existe esta enfermedad en España, ¿pueden las empresas hacer una investigación en toda España para descubrir la importancia de esta enfermedad? ¿Disponen de los medios oportunos? De ningún modo. Ni disponen de ellos, ni sería justo, ni equitativo, ni tal vez provechoso, que ellas se encargaran de tal misión. Señores: yo no puedo menos de felicitarme por las nuevas orientaciones que se traslucen, que se ven como alborada en el mundo, no diré ya político, sino gubernamental, para no mezclar la palabra «política» en estos asuntos. Surge en mi espíritu la esperanza al ver colocadas en las Inspecciones de Sanidad á personas tan competentes como los Sres. Bejarano y Sañudo, y, sobre todo, después de las explícitas manifestaciones que nos hizo en la noche anterior, con su hermosa palabra y cautivadora elocuencia, el Sr. Sañudo; surge en mi espíritu la esperanza al leer el precioso y documentado discurso del Sr. Canalejas, leído en la inauguración de la Real Academia de Jurisprudencia y en presencia de nuestro joven Monarca, discurso en el que, además de ocuparse de los más palpitantes problemas de Higiene social, se cita á gran número de médicos, á nuestros compañeros San Martín,

Pulido, Espina, etc., lo cual no deja de ser importante para pensar ó vislumbrar una próxima alborada de un día más esplendoroso para la patria; también veo, por fortuna, que un distinguido y dignísimo compañero nuestro desempeña la jefatura de un departamento ministerial importantísimo para la salud de España, como es el Ministerio de Instrucción pública, todo lo cual es tan favorable para avivar las esperanzas, que no sería lógico pensar que no se hará algo pronto y bueno en favor de los mineros; pero, hágase ó no, yo no puedo menos de decir que el asunto que nos ocupa tiene que resolverse en las esferas y por los medios exclusivos del Gobierno: se trata de una obligación que el Estado debe cumplir, puesto que siempre está obligado á velar por la salud pública.

Por mi parte, yo puedo adelantar, fundándome en los enfermos que he visto en el Hospital General con esta enfermedad, que el número de mineros contagiados es fabuloso. A todo enfermo que entra en mi Clínica, se le somete á un interrogatorio etiológico, por así decirlo, y en un encasillado especial se hace constar el número de minas en que ha trabajado, el número de años que ha trabajado en cada una de ellas, si bebió ó no agua de dentro de las minas, si hay ó no retretes en las mismas, si se extraen ó no los excrementos al exterior, quiénes son los dueños, y si ha visto más anémicos entre sus compañeros. Como se comprenderá, en este último punto no se puede dar un valor absoluto á las afirmaciones de los enfermos, porque pueden confundir la anemia anquilostomiásica con anemias debidas á otras causas; pero de todos modos, los enfermos, como es sabido, tienen buen instinto para distinguir entre sus compañeros á aquéllos que padecen la misma enfermedad, y, por tanto, si bien es verdad que, como queda dicho, no se puede dar valor absoluto á sus afirmaciones, sí puede concederse á éstas importancia para demostrar la necesidad de las investigaciones ulteriores, y en este sentido las he llevado á cabo: acéptense, pues, nada más que como una simple é insignificante contribución personal á la resolución de asunto de tanta trascendencia preliminar.

Según las afirmaciones de mis enfermos, resulta que en Li-

nares no había anémicos en las minas siguientes: *Indina, Embrollo, San Bartolomé, Aventurero, Los Gregorios, San Adrián* y *La Encantada;* es de advertir que en *Los Gregorios* y *San Adrián* hubo enfermos que dijeron que no había anémicos, y otros que sí, lo propio que en *La Tortilla;* también dijeron que no había anémicos en *Mina Grande* (de Puertollano), en *Las Minillas* y *El Mirador* (de La Carolina) y en *Pajarillos* (de Cartagena). Según dichas manifestaciones, hay anémicos en *San Adrián, El Mimbre, La Cruz, Pozo Ancho, Tortilla, Perseverancia, Los Gregorios, San Miguel, Coto de la Luz, Losalido, Las Polongas, Alamillos, La del Marqués, Madroñal* y *La Memoria* (de Linares); *El Castillo* (de La Carolina); *Horcajo, Pepita, Heredilla, El General, El Burcio* y *Los Jalayos* (de la provincia de Ciudad Real); y hay *muchísimos* anémicos, según opinión unánime de los enfermos, en *Arrayanes, Coto de la Luz, San Miguel* y *Madroñal* (de Linares), y en *San Fernando* (de La Carolina).

De las 21 observaciones citadas, han contraído la enfermedad: en *San Adrián,* un minero; en *Losalido,* uno; en *Pozo Ancho,* uno; en *El Castillo,* uno; en *San Miguel,* uno; en *Horcajo,* dos; en *Coto de la Luz,* seis; en *Arrayanes,* siete. Dicen algunos de los obreros de las minas de Arrayanes que la inmensa mayoría de sus compañeros están en el mismo estado que ellos. Dando á estas investigaciones personales el insignificante valor que tienen, dada la magnitud de la obra á realizar, pueden, sin embargo, ser importantes como estímulo para que se lleven á cabo aquéllas á que antes he aludido al tratar del interés previo grandísimo que envuelve, para establecer las medidas oportunas, el saber dónde y cómo se han de implantar.

Es necesario recordar que en todos los países donde se ha desarrollado la *Anquilostomiasis* se han preocupado extraordinariamente de este preliminar, á tal punto que en Alemania, según manifestaciones del Ministro del Interior, se han gastado en la lucha entablada contra esta enfermedad, hasta Enero del presente año, ocho millones de marcos, aparte de que hay empresas mineras de Westphalia que han gastado por su cuenta más de 200.000 marcos con este objeto; es necesario saber que en Bélgica, aunque no recuerdo la cifra exacta, se han gastado

también importantes cantidades con este fin. En Francia mismo se ha encargado á Calmette y Breton instituir una campaña en el mismo sentido. Por los Estados Unidos se ha llevado á cabo ahora una investigación en Puerto Rico, que ha dado lugar á la publicación aquí citada con la pena consiguiente, á que habiendo poseído España aquellas islas durante tantos años no se hubiera hecho nada en favor de aquellos pobres enfermos; publicación donde se demuestra que el 90 por 100 de la población rural padece la *Anquilostomiasis*. Mírese, pues, desde el lado que se quiera la cuestión, se verá que el Gobierno tiene la misión ineludible de organizar de su propio peculio la investigación consabida; pero téngase en cuenta que su deber no acaba en este punto, sino que es preciso que haga respetar las medidas que se aconsejen, llévelas ó no á la *Gaceta;* es necesario que contribuya directa y rápidamente el Gobierno á la realización de esta campaña.

Si se llegaran á verificar estas investigaciones preliminares indispensables para saber cuáles son las minas infestadas, una vez conocido este punto, ¿qué es lo que se tendría que hacer? Aunque, según tengo entendido, éste es uno de los asuntos que va á ocupar la atención de la Academia por boca del Dr. Espina, á mí me parece que resultaría manca é incompleta esta comunicación si no dijera dos palabras, cuando menos, acerca de lo que creo fundamental para sentar las bases de la lucha antianquilostomiásica.

Bases para la lucha antianquilostomiásica.—Desde luego, á mi modo de ver, se tendrían que dividir desde el primer momento las minas infestadas de las que no lo están. Y ¿qué hay que hacer con las minas infestadas? Desinfectarlas; y ¿cómo se puede hacer esto? ¿Cómo una mina, donde se contrae la *Anquilostomiasis*, puede quedar en condiciones para que los individuos que en ella trabajan no contraigan la enfermedad, no se contagien? Acudir á los desinfectantes es tarea inútil, según lo comprueban los experimentos hechos por varios autores. Basta, por lo demás, tener en cuenta la extensión, capacidad, etc., de una mina, para comprender la imposibilidad de exterminar las larvas por medio de antisépticos. ¿Cómo, pues, podrá desinfec-

tarse una mina? Del siguiente modo: procurando que no entren nuevos gérmenes dentro de aquélla, puesto que los que existan acabarán por desaparecer espontáneamente. Esta es la primera parte. Se desinfecta ó, mejor dicho, no se reinfecta una mina, evitando que entren en ella nuevos gérmenes. ¿Cómo se evita la reinfección del terreno? Prohibiendo, como se hace en el extranjero, que el obrero haga sus deposiciones en la mina, y no dejando descender á ellas á ninguno que padezca *Anquilostomiasis;* de este modo se tienen todos los elementos para que el terreno no se reinfecte.

Pero ¿qué más conviene hacer? ¿Qué medios se requieren para que el minero infectado no descienda ó, aunque descienda, no haga allí sus deposiciones? Para ello es necesario colocar retretes portátiles con profusión en distintos sitios de las minas, retretes que se cierran herméticamente, que contienen soluciones antisépticas, y que se sacan á la superficie todos los días para su debida limpieza. Para evitar que un obrero baje á la mina, por tener parásitos en el intestino, no hay otro recurso que el examen repetido de los excrementos de cada uno de ellos, tarea que es relativamente fácil. ¿Y por qué se han de examinar los excrementos de todos los obreros? Por aquella razón que yo indicaba referente á que hay individuos que tienen anquilostomas en los intestinos y, sin embargo, no presentan los síntomas de anemia: por lo tanto, sólo pueden descubrirse éstos, que llamaría *anquilostomiásicos larvados,* analizando los excrementos de todos los obreros de cada mina. Es, pues, obligación de las empresas y del Gobierno la de poner en práctica y hacer que se cumplan todas estas medidas. ¿Y qué lleva consigo la existencia de obreros anémicos en una mina? Pues lleva consigo el tratamiento de los mismos, y mientras estén sometidos á este tratamiento y no puedan trabajar, es necesario que se les abone el jornal, porque una enfermedad contraída ejecutando un trabajo es un accidente del mismo. En este sentido han fallado en algunos casos los Tribunales extranjeros, y, sin embargo, la *Anquilostomiasis,* que puede y debe considerarse como accidente del trabajo, no figura aquí en España entre las comprendidas en la ley correspondiente.

¿Qué más conviene hacer á las empresas? Para que se comprendan mejor las medidas, para que se crea en ellas, para que se tenga fe en su eficacia, es muy conveniente ilustrar á las masas obreras haciéndolas comprender que al observarlas lo hacen en provecho propio, y con este objeto sería conveniente publicar y distribuir Cartillas que llenaran con sencillez este cometido.

Siento que me falte el tiempo para desarrollar debidamente todos estos extremos; pero con objeto de no molestaros en otra sesión, seré brevísimo y procuraré aprovechar los pocos minutos que faltan para levantar la presente.

¿Qué conviene hacer al minero? 1.°, obedecer en su propio beneficio, es decir, que toda medida que se imponga para la profilaxis de la enfermedad debe ser aceptada por los obreros; 2.°, dejarse curar; y digo esto, porque en Alemania mismo ha habido una atmósfera contra los médicos que tratan á los mineros, diciendo éstos que se estaban haciendo ensayos con ellos, hasta el punto que ha habido obreros que no se han sometido al tratamiento, aun cuando hayan tenido que perder su colocación en la mina. Por lo tanto, es necesario convencerles de que se les puede curar. Yo creo que se cura bien la *Anquilostomiasis*, y que se cura perfecta, fácil é inocuamente, es decir, sin trastornos, sin quebrantos y sin exponerles á consecuencias desagradables de ningún género. ¿Cómo? No es objeto de esta comunicación; pero es evidente que los enfermos de mi Clínica van saliendo curados en absoluto con un tratamiento de cuatro, seis ú ocho días, que representan cuatro, seis ú ocho semanas, por medio del eucaliptol y cloroformo. También se obtienen excelentes efectos con un medicamento que tal vez ensaye este mismo curso: el naftol β, que es el preconizado por Bentley, por haberlo ensayado en sus enfermos con gran éxito.

Los mineros, además, deben ser muy cuidadosos de las puertas de entrada del contagio, ora no fumando ni llevándose las manos sucias á la boca con ningún motivo, ora evitando que el barro infectado salpique directamente su piel, valiéndose de la indumentaria indispensable para cubrir la mayor parte de su tegumento externo, ó tal vez embadurnando con preparados

antisépticos las partes de la piel que la índole del trabajo exige que estén descubiertas durante su estancia en el fondo de las minas; y en la boca de éstas, al salir del trabajo, deben encontrar cuartos para baños, duchas ó lavados, y un ropero donde cambiarían las ropas sucias por otras limpias y desinfectadas.

En las minas no infectadas es necesario tomar todas las mismas medidas que hemos indicado con objeto de no reinfectar las que lo están.

Tómense estas escuetas indicaciones, ya que no me permite mayor amplitud el tiempo de que dispongo, como el índice del plan que se ha de seguir en la lucha anquilostomiásica.

Creo que no sólo hay que curar obreros, sino que hay que combatir sus preocupaciones; y la misión que podríamos llamar de conjunto, de empresa, de Gobierno, puede ser muy fructífera para la salud de una clase trabajadora tan importante como la de los mineros, los cuales representan más de 100.000 individuos con sus respectivas familias; creo, en fin, que esta Real Academia debe remover la opinión en este sentido y trabajar en favor de esta causa.»

Transcurrido el tiempo reglamentario, se levantó la sesión.

V

SESIÓN DEL 29 DE ABRIL DE 1905

Leída y aprobada el acta de la anterior, se dió cuenta de los impresos recibidos.

El Sr. González Alvarez, refiriéndose á la comunicación que hizo en sesiones anteriores, sobre el empleo del *Azul de Metileno* en el tratamiento de la *Gangrena de la boca*, dijo: que la niña observada por los señores Académicos en dicha sesión, sufrió después recrudecimiento de su enfermedad, presentando placas en ambos lados, que amenazaron la perforación de las carnes;

que se desprendieron con la pinza cinco dientes superiores, tres inferiores y dos secuestros óseos; que hubo grandes diarreas, con enflaquecimiento y fiebre, que hicieron temer una tuberculosis intestinal, siendo debido tal cuadro morboso á toxinas formadas en la boca; y que merced al empleo del *Azul de Metileno*, primero en disolución y después en polvo, se había logrado el restablecimiento de la enferma, que había sido dada de alta el 18 del corriente.

Los señores Académicos examinaron la niña en cuestión, que ha recobrado su salud, y presenta las huellas del padecimiento sufrido.

El mismo señor Académico leyó á continuación la siguiente Nota sobre Raquitismo Fetal, ofreciendo al estudio de la Academia *cinco cráneos*, que fueron examinados por los señores concurrentes:

«El litigio sobre el raquitismo fetal, congénito ó intrauterino, abierto hace algunos años (en el siglo pasado) por los pediatras, hállase aún sin concluir; todavía se espera la sentencia. Todo dato que se juzgue importante para el esclarecimiento de esta cuestión, es, pues, pertinente, y de conveniencia científica su publicación.

Por esta razón aporto el hecho observado por mí, el cual reúne tales caracteres, que es preciso ante la evidencia reconocer el raquitismo fetal: no es ni puede ser otra cosa.

Antes de exponer el caso observado á que me refiero, valgan algunas consideraciones, como recuerdo del estado de la cuestión, exposición en extracto de la relatoria.

Unos pediatras niegan la existencia del raquitismo fetal ó congénito; otros la admiten, y algunos ni la niegan ni la creen (Marfan).

Niegan su existencia Schidlowski, Porzak, Scholtz, Kaufmann, Ballentyne, Urtel, Salvetti y Margarucci.

La admiten, con una rareza extrema, Guerin, Chaussier (que dice observó un solo raquítico en 23.193 nacimientos), Fede y Cacace, Charrin y Leplay y otros; en cambio, lo observaron, según sus afirmaciones, muy frecuentemente Bednar, Kassowitz, Cohn, Lentz, Schwarz y muchos más.

Los que niegan la existencia del raquitismo fetal, lo hacen en armonía con su juicio etiológico. Juzgando su causa defectos en la alimentación del niño, ó toxinas intestinales por alimentación viciosa, no puede para ellos existir el raquitismo durante la vida fetal.

Admiten la existencia del raquitismo intrauterino, los que juzgan que sea la etiología del raquitismo cualquiera de las siguientes hipótesis: la *discrasia ácida* (Charrin y Le Play. Comunicación á la Academia de Ciencias de París, sesión de 30 de Enero de 1905), y *toxinas de los progenitores;* ciertos *agentes químicos*, como el *fosfato de sosa*, que reproduce lesiones óseas de raquitismo, según Delcourt; *toxinas* del raquitismo (así Spillman reprodujo lesiones del mismo inoculando extracto de materia fecal de raquíticos), y un *micro-organismo especial*, ó sea infecciosidad, como cree Chaumier (Congreso de Roma), el que considera al raquitismo enfermedad infecto-contagiosa, epidémica y hereditaria.

Asimismo es admisible el raquitismo fetal en la teoría etiológica del Profesor de Lille, Ausset; teoría que se funda en los buenos resultados que produce la medicación tiroidea en los raquíticos, y en el hecho experimental de que tiroidizadas hembras, sus recién nacidos presentan lesiones de raquitismo.

Los que dudan, como Marfan, de la existencia del raquitismo fetal, creen que son casos de acondroplaxia los que los otros presentan como raquíticos; invirtiendo la frase, digamos, con Charrin (1), que quizás la acondroplaxia sea modalidades y localizaciones del raquitismo intrauterino, como creen, fundados en el estudio microscópico, Depaul, Broca y Verneuil.

Acaso, acaso la osteomalacia no sea sino la infección raquítica intensa fuera ya de la época del crecimiento, bajo cuya etiología y circunstancia se establecen las condiciones nutritivas de la definición del raquitismo del eminente Bouchard: «anomalía de la nutrición que produce un crecimiento excesivo

(1) *La acondroplaxia no es quizás otra cosa que el raquitismo fetal.* Comunicación á la Academia de Ciencias de París: 23 Enero 1905 (Charrin).

de los tejidos de osificación, con calcificación insuficiente,» á lo que yo gustoso añadiría: con decalcificación, como bajo la discrasia ácida ó influencia del oospora Guignardi.

Respecto á la frecuencia del raquitismo fetal, he aquí la que le asignan los que le admiten:

Para	Quisling son raquíticos.........	el 10,3 por 100 de recién nacidos.		
—	Fede........................	el 2,1	—	—
—	Tchistowitch.................	el 8,5	—	—
—	Cohn.........................	el 50,0	—	—
—	Feyerahend....................	el 68,0	—	—
—	Schwarz.......................	el 86,0	—	—
—	Jakousky (en *San Petersburgo*)..	el 95,0	—	—

¿Por qué esta diversidad de juicio? ¿Cómo explicar cifras tan extremas?

Creo que á esto contribuyen varios factores:

1.° El clima ó regiones á que se refiere la estadística del observador, pues sabido es que existe más frecuentemente el raquitismo en unas que en otras: así resulta que es casi desconocido en el Japón (Ashmead), en las islas Jónicas y en el Egipto; y

2.° El diferente concepto clínico del raquitismo fetal; pues que mientras que para unos son casos de raquitismo congénito aquellos recién nacidos que presentan gran extensión de la fontanela anterior; aquéllos en que es exagerada la separación de las suturas, con ó sin acaballamiento de los huesos craneales, y aquéllos en los que existen la fontanela posterior ó las laterales en el nacimiento, que son para Fede y Fenizio en 166 de 459, para otros son todos defectos de osificación, los cuales se ven en el 50 por 100 próximamente (52 por 100 para Fede) de los nacimientos, sin relación alguna con el raquitismo intrauterino, como firmemente creo (1), y como demostraron Bednar, Kassowirtz, Schwarz y Bailly estudiando los huesos en estos

(1) Véase mi artículo *La fontanela posterior y el recién nacido*, y *Anatomía y Fisiología especiales del niño*, 1895: G. Alvarez, páginas 32 y siguientes.

casos, sin hallar signo microscópico alguno de raquitismo, y como se puede apreciar comparando los cráneos expuestos números 1, 2 y 4, con el raquítico núm. 3.

* * *

He aquí ahora el caso observado por mí, que no me deja duda alguna respecto á la existencia del raquitismo fetal: un caso positivo es más elocuente que el rasonamiento más lógico.

Ingresa en la Inclusa de Madrid el día 12 de Julio de 1904, con el número de orden 679, un recién nacido en Maternidad; de término, bien conformado, de 2.100 gramos de peso inicial, 2.080 dos días después, 2.450 el día 18 y 2.200 el día 20 del mismo mes, el cual muere de enterocolitis aguda (lactancia artificial) el día 22: vivió, por tanto, diez días.

Al hacer el reconocimiento general á su ingreso en mi servicio de la Inclusa, noté la blandura exagerada de la bóveda craneal en múltiples puntos, principalmente en la parte superior del occipital, de los parietales y ángulo superior del frontal, en cuyos puntos se notaba con gran claridad la sensación de pergamino.

Califiqué á este niño, aunque en ningún otro punto de su esqueleto hallé deformidad ó anomalía alguna, de *raquitismo fetal*.

Fluctuaba mi ánimo en la duda sobre la existencia del raquitismo fetal; pero al observar este caso, ya no pude dudar de su existencia.

El desarrollo de este niño era normal, si bien el peso inicial era inferior á la media.

He aquí las medidas y proporciones:

Talla inicial: 50 centímetros.

Cráneo.

			Media normal.
Diámetros.	Antero-posterior	10,8	10,2
	Biparietal	9,5	9,0
Circunferencia		33,0	33,1

Tórax.

			Media normal.
Diámetros.	Antero-posterior	8,5	8,6
	Transversal	8,7	8,5
Circunferencia		30,0	32,3

Muerto el niño, y hecha su autopsia, sólo hallé digno de conservarse la bóveda craneal que os presento.

Precioso caso de raquitismo, de verdadera craniotabes de Elssaser: ved en él, al mismo tiempo que múltiples puntos de falta de osificación en toda la bóveda y sensación de pergamino, la casi falta de fontanela anterior y la falta de las demás; prueba de lo que antes decía, que no significa en modo alguno raquitismo la grande extensión de las fontanelas y membrana intersutural, como se ve en el cráneo núm. 4.

Ved también al través en esos huesos qué preciosos rameados de conductos y canales finísimos, vestigios que en ellos dejaron impresos los vasos de nueva formación de la fase primera anatomo-patológica subperióstica del raquitismo.

Envié un hueso largo al Laboratorio Provincial, y el informe de su Director, el Dr. Mendoza, dice lo siguiente: «Laboratorio Provincial, núm. 10.144.—Análisis de un hueso.—Inclusa.—2 Noviembre 1904.—Del estudio histológico, resulta que la zona de proliferación del cartílago está ampliada, y la zona de osificación penetra en aquélla por prolongaciones dentiformes extensas, tratándose de un caso de raquitis ósea.—*Dr. Mendoza.*»

No cabe, pues, dudar de que éste es un caso incontrovertible de *raquitismo fetal.*

* * *

Es digno de hacer saber que la madre de este niño era una joven de diez y seis años, de mala constitución y empobrecida, que padeció en su infancia lesiones de las mal llamadas (1) escrufolosas.

(1) Véase *El nombre de escrofulismo y sus derivados debe borrarse de la medicina moderna.* Comunicación al Congreso de Roma: G. Alvarez.

¿Cuál fué la causa de este raquitismo? Esto es lo difícil de responder.

¿Fué el microbio especial que quiere Chaumier?.... ¿Fueron toxinas de la madre, que, circulando en su sangre, pasaron al feto?....

Dado el empobrecido organismo de la madre, esta hipótesis es la más aceptable, pues no había razón para que el microbio, en caso de ser infeccioso, respetara los huesos de la madre, aún en crecimiento, y atacara los del feto; aunque pudiera pensarse en mayor predisposición de terreno por las condiciones especiales del tejido en el recién nacido. De todos modos, microbio especial ó toxinas parecen ser la causa del raquitismo.»

Reanudado el debate acerca del caso de *Resección de Estómago*, hizo uso de la palabra

El Sr. San Martín. Empezó manifestando el desaliento moral de que se hallaba poseído, por la forma en que se ejercía toda clase de crítica en nuestro país, efecto, sin duda, del ambiente que en todos influía, y que personalizaba todas las cuestiones; echándose de menos generalmente esa elevación de miras, esa riqueza de argumentos, y ese espíritu noble y filosófico, que había de regenerarnos y colocarnos al nivel de las naciones más adelantadas.

Comentó las tres condiciones que se han exigido siempre en los actos operatorios, *tuto, cito et jucunde;* expuso las ventajas que ofrece en la práctica el operar generalmente *despacio*, sin perjuicio de la diligencia y celeridad que exigen ciertas situaciones; y se hizo cargo de las observaciones que le habían dirigido los señores Académicos, que han intervenido en este debate, especialmente en punto á la novedad, utilidad, tecnicismo é inconvenientes del acto operatorio sometido al juicio de la Academia.

Leyó en los tomos correspondientes de los Anales de la Corporación, el acta de la última sesión literaria celebrada por la Academia en el año de 1897, con motivo de un escrito de nuestro Corresponsal en Málaga, Dr. Martín Gil, y otra del año de 1898, en que habló de la *Resección del Estómago*, con motivo de un caso de *extirpación completa de dicho órgano*, que había

practicado, recomendando la *sueroterapia*, como medio supletorio de la alimentación; deduciendo del contenido de dichas actas, que estas operaciones de la cavidad abdominal le habían ocupado y preocupado, como exigía su importancia é interés.

El Sr. San Martín añadió, que no sólo los cirujanos, sino también los médicos, deben ejercer una crítica elevada en estos difíciles problemas, sin que nadie abandone las posiciones que haya conquistado con su práctica y su saber: todo lo cual redundaría en honra de la Academia y del crédito de la nación.

Transcurrido el tiempo reglamentario, se suspendió este debate, quedando el Sr. San Martín en el uso de la palabra para la sesión próxima, y levantándose la de hoy.

VI

SESIÓN DEL 6 DE MAYO DE 1905

Abierta á la hora designada, leída y declarada conforme el acta de la anterior, se dió cuenta de los impresos recibidos.

El Sr. Decref, Académico corresponsal, leyó el siguiente trabajo acerca del *Pronóstico y Tratamiento de las roturas fibrilares musculares:*

«El asunto de que hoy me ocupo tiene verdadera importancia, aunque á primera vista parezca sencillísimo y poco merecedor de fijarse en él, pues actualmente, preocupados con los grandes problemas quirúrgicos, vamos cada vez despreciando más algunas pequeñeces que suelen de pronto agrandarse con perjuicio del enfermo y de nuestro crédito. El pronóstico equivocado de ciertas lesiones, que hasta ahora pasó sólo como leve falta, puede hoy, con la nueva ley de Accidentes del Trabajo, convertirse en un grave perjuicio de intereses y hasta en causa de una alteración de orden público, cuya responsabilidad corresponde, en su mayor parte, al médico.

Además, quizá el crédito del cirujano está más expuesto en

los problemas que por nimios se despreciaron, que en aquéllos que por su complicación requieren tan especial cuidado que ningún detalle puede escapar.

Por otra parte, el vulgo, que es constante admirador de lo que á sus ojos aparece inexplicable, y, por lo tanto, perdona, en este orden de cosas, las más graves faltas, es implacable cuando se comete un descuido en asunto que él se ha forjado en su imaginación que es sumamente fácil, ó en el cual cree que acertamos por casualidad, porque á él, «más sabio que nadie, así le pasa.» En la práctica se ve constantemente con cuánto gusto y admiración pagan los clientes cientos de duros por un raspado de matriz, y con qué disgusto y menosprecio pagan á un médico unas cuantas pesetas por asistir á un pulmoniaco.

Precisamente la lesión que hoy nos ocupa es de aquéllas que con gran facilidad pueden colocar al cirujano en mala situación, pues por lo mismo que el papel de zaragozano es el más difícil en nuestra profesión y en todas las profesiones, es el que más admira el vulgo, al cual, por ser necio, es verdad que en necio hay que hablarle; pero evitando ser víctima de sus necedades.

Me dan valor para dar un consejo los muchos años que llevo viendo enfermos afectos de las lesiones de que ahora me ocuparé, el haber aprendido en cabeza ajena y en la propia, y el haberme tenido que ingeniar para emplear medios que, por ser de más utilidad que los conocidos, me creo en el deber de exponer.

Los músculos, órganos activos del aparato locomotor, están sujetos, como todos saben, á traumatismos, como, por ejemplo, las contusiones, heridas, roturas subcutáneas y desgarros. Entre las primeras, las más principales son las mismas que originan las contusiones en general, ó en todas aquéllas dependientes de violencias exteriores que obran directamente sobre el músculo, como, por ejemplo, bastonazos, pisotones de caballos, paso de ruedas de coches y carros sobre el cuerpo, las balas, cuya fuerza no fué suficiente al llegar á la piel para perforarla, y en nuestro país, con gran frecuencia, los llamados va-

retazos por aficionados á toros y toreros, y los pelotazos en los pelotaris y demás público que asiste á los frontones. Estas son todas causas externas.

Existen también contusiones, roturas parciales y aun totales subcutáneas, y desgarros producidos de dentro afuera, como, por ejemplo, las producidas por los fragmentos de una fractura ósea ó por los extremos articulares de un hueso en una luxación, etc., etc.: éstas son todas por causa interna.

Entre las causas indirectas, se encuentran todas aquellas roturas, mayores ó menores, y desgarros musculares producidos por contracciones violentas, bien por brusco movimiento, ó por esfuerzo superior al que pudiera desarrollar fisiológicamente un músculo.

Las lesiones primeramente enumeradas, como producidas por causas directas, son de tal índole, que por constituir problemas quirúrgicos, de cierta importancia, se encuentran, en general, oportuna y atentamente cuidadas por el enfermo, y las familias, á quienes asusta el aparato de síntomas, como es consiguiente, caen, desde los primeros momentos, bajo los inteligentes cuidados de un médico; pero no sucede así con las de causa indirecta, á las cuales el enfermo casi siempre presta poca atención, y el médico muchas veces no emplea en los primeros momentos los medios adecuados, dando lugar á que cosas sencillísimas, al parecer, sean causa más tarde de problema tan grave como la inutilidad de un miembro para ejecutar ciertos y determinados movimientos.

Este asunto será el que ha de ocuparme hoy, y además las complicaciones que en algunas lesiones de este género, de origen directo ó indirecto, ya sean de causa interna ó externa, producen esas roturas parciales cuando se verifican en los puntos de inserción ósea. Tampoco me ocuparé de las roturas totales musculares subcutáneas, por las razones antes expuestas, al mencionar lesiones que desde el primer momento se presentan ya con cierta gravedad.

Las roturas fibrilares musculares, con infiltración sanguínea, se caracterizan por un vivo dolor que se siente en el preciso momento y músculo en que la lesión se origina. Si la rotura

fibrilar es pequeña, pasa algunas veces como cosa de poca importancia, achacándose á una mala postura, como dice la gente, ó al reumatismo; pero sigue molestando al hacer los movimientos en que aquel músculo toma parte, y no sólo impide hacer el esfuerzo por el dolor, sino porque el músculo se encuentra en su poder, extraordinariamente debilitado. Si la lesión recae en persona que no tiene por hábito repetir el esfuerzo, evita la posición y el movimiento en que duele, y así se pasan los días; pero si, por el contrario, es, por ejemplo, un obrero, el dolor sigue; si acaso se le conceden unos días de descanso creyendo que ha de pasar, y al volver parece que está mejor; pero á los pocos días aumenta, y aumenta mucho.

Si la rotura fibrilar es de más importancia, en el momento del accidente, además del dolor, se experimenta una sensación de ardor, imposibilidad funcional y estupor muscular, algunas veces hasta con paralisis ó paresias pasajeras. El dolor se aumenta por la presión en todo el músculo, mayor conforme nos acercamos al foco de la rotura, y se aumenta asimismo extendiéndose á todo el trayecto del músculo, tanto en los movimientos pasivos como en los activos. Al poco tiempo se presentan fenómenos de miositis más ó menos intensa; y si la rotura ha sido de cierta importancia, pueden apreciarse los límites de la lesión por los nódulos formados á causa de la retracción de las fibras rotas. En estos casos es inevitable la formación del hematoma, el cual, al poco tiempo, hace desaparecer los detalles que la lesión nos da al tacto, pues forma un gran tumor, empezando la piel á las veinticuatro horas, por lo general, á mostrar manchas equimóticas que á los dos ó tres días ocupan una gran extensión.

Efecto de los planos aponeuróticos que cubren por lo general al foco, los equímosis son tardíos y su coloración se hace muy gradualmente obscura.

Cuando el desgarro es tendinoso ó de fibras que se insertan muy cerca de los huesos y comprende trozos de periostio, se verifica un fenómeno que es de mucho interés, porque puede complicar estas lesiones con grave exposición de las funciones de la palanca.

Me refiero á la formación de osteomas. Estos son verdaderos huesos cubiertos por una cápsula perióstica. Están formados por tejido esponjoso, con su capa externa compacta. Se forman, como es natural, tardíamente, y son muy frecuentes en las luxaciones antiguas, sobre todo en las del codo. Empiezan por ser sencillos núcleos óseos, y terminan por estar ó bien formando un cuerpo con el hueso ó la miositis: con estos nuevos elementos, se hace osificante y toma la forma del músculo, en el cual se ha ido sustituyendo el tejido muscular por el óseo, y sólo se encuentra en comunicación con el hueso por una fuerte adherencia fibrosa. Esta unión se reduce á veces á una especie de cinta estrecha fibrosa, y otras llega á formar el trozo de músculo tales adherencias al hueso, que parece un verdadero osteofito, terminado por un florón de fibras musculares. Excuso decir la importancia que una lesión de este género tiene, por las complicaciones á que puede dar lugar, sobre todo en las distensiones de aquellos músculos que, próximos uno de sus extremos á una articulación, no se insertan por un tendón largo, sino que, por el contrario, sus fibras pueden llegar hasta el mismo hueso. En los niños, en las articulaciones del codo sobre todo, la epífisis inferior del húmero, cuando se desprende, separa al braquial anterior como si fuera un ligamento, y si se tratan estas lesiones con una inmovilidad exagerada, pueden venir graves complicaciones que pongan en peligro para el porvenir el uso de la articulación. Son muy frecuentes también en los adductores del muslo, y en este caso pueden llegar á impedir la marcha á pie y á caballo. Además de los síntomas descritos en todas las obras, la radiografía demuestra claramente su existencia, y no sólo la de los osteomas, sino que se pueden, con tubos blandos y exposición prolongada, determinar en muchas ocasiones hasta las lesiones que se han producido en las fibras musculares, como, por ejemplo, roturas parciales y hematomas simples ó supurados, sobre todo cuando el músculo afecto es superficial.

Al tratar del pronóstico de estas lesiones, hay que enmendar un error que se comete por muchos médicos, á causa de que cuando se llega en las obras de Patología á este asunto, se

le da muy poca importancia, y se promete, por lo general, una curación rápida y segura.

Esto es cierto, en el supuesto de que estas lesiones sean atendidas desde el primer momento y cuidadas con medios adecuados, y aun así, no se puede afirmar nunca con seguridad un éxito completo.

Hoy, en que somos llamados con frecuencia como peritos, con objeto de que las autoridades dictaminen sobre un accidente del trabajo, una equivocación nuestra no es ya una ligereza simplemente, como aparece én muchas ocasiones, sino una falta grave que origina á lo mejor perjuicios incalculables.

Las roturas fibrilares musculares pueden imposibilitar un miembro, en ciertas condiciones por un año, y aun para siempre. Para sentar esta afirmación, hay que recordar lo que pasa en los pelotaris con la llamada vulgarmente caída de brazo. Esta lesión se produce, generalmente, al ejecutar lo que ellos llaman bolea de sobrebrazo. Sabido es que un individuo que juega á la pelota necesita detener ésta en su camino contrarrestando la fuerza que opone su velocidad adquirida, y después empujarla en sentido contrario con la misma ó mayor fuerza, á veces extraordinariamente mayor.

Cuando estos movimientos y esfuerzos se hacen de forma que un poderoso grupo muscular en condiciones anatómicas y fisiológicas ejecuta este trabajo, el resultado se obtiene con facilidad. Pero viene una pelota muy alta, y el pelotari se ve obligado á dar la bolea llamada de sobrebrazo, que consiste en levantar el brazo á la mayor altura posible, y en esta posición tiene que ejecutar los dos tiempos antes descritos para detener é impeler en sentido contrario la pelota.

Fijándose en la fisiología de este movimiento, se observará que en la enartroris escápulo-humeral, colocada en esta posición, apenas si tiene apoyo el húmero en la cavidad glenoidea; y si bien ésta se encuentra anatómicamente muy reforzada por arriba, sirviendo de apoyo á la cabeza del húmero la bóveda formada por los huesos acromion, apófisis coracoides y el ligamento acromio coracoideo, no le está por abajo, donde solamente el ligamento capsular algo puede hacer: así, pues,

parte de las fibras del deltoides, las del vasto central (pues sabido es que en estos sujetos y en todos los temperamentos atléticos este músculo se ha dividido en tres vastos), al colocarse el brazo en la posición violenta descrita, se dedican casi exclusivamente á sostener el peso del brazo y su unión al punto de apoyo, y sólo los dos vastos anterior y posterior soportan casi exclusivamente el esfuerzo de detener la pelota é impulsarla de nuevo. De esta manera ocurre que, aparte del extraordinario trabajo de que dicho víctima este músculo, como éste se hace en condiciones anatómicas y fisiológicas para las cuales no está ni creado ni educado, puesto que vemos que su inserción superior está inmediata y superiormente implantada en los límites de la articulación, y la inferior también á muy corta distancia del punto de apoyo del brazo de palanca; que, por otra parte, está aumentada su ya extraordinaria longitud con la cesta; de esta manera, repito, se determinan con gran facilidad las roturas fibrilares. Téngase en cuenta también que Ranvier ha descubierto que en los animales, no todos los músculos de fibra estriada del aparato locomotor son iguales en su estructura, puesto que existen diferencias morfológicas en los músculos de un mismo animal, según sean éstos trepadores, corredores, etc., etc., es decir, según su contracción deba ser lenta, rápida, de tensión, etc., etc., y que en el hombre ocurre que, aparte de que la adaptación artificial educativa de un músculo á una función hace variar sus condiciones, existe también una condición especial de adaptación natural á la función que, si se altera en un momento determinado, colocará al músculo en condiciones favorables para la lesión.

En esta situación, los pelotaris daban al traumatismo muy poca importancia, y creyendo que sólo el descanso bastaba para reponerse, no jugaban, y creían haber hecho lo suficiente; pero su asombro era grande al ver que sin sentir ya ninguna molestia durante el reposo, al volver á jugar se reproducía el dolor; y aún más: notaban que la fuerza era cada vez menor, y si por casualidad tenían que ejecutar la bolea de sobrebrazo, el dolor se hacía insoportable y la impotencia absoluta.

Pues bien: con esta sencillez, con esta insignificante lesión,

al parecer, se han quedado inútiles para el juego de pelota, y para siempre, infinidad de pelotaris profesionales y aficionados.

¿Qué pudo ocurrir aquí? A mi juicio, las fibras rotas sufren la retracción consiguiente, la cual es sostenida y aumentada por la constante movilidad; la cicatrización se hace defectuosamente, y las fibras quedan adheridas á los trozos inmediatos; la continuidad, por lo tanto, de las fibras no se restituye, y ya para siempre queda un trozo de músculo en situación anormal; los exudados inflamatorios se organizan de forma que, al verificarse la contracción, estrangulan los filetes nerviosos y el músculo queda inútil para la función; esto empeorado por el estado higrométrico que adquieren estas lesiones para los cambios de tiempo.

Exactamente igual fenómeno y por el mismo mecanismo producido, se desarrolla en los obreros que necesitan en un momento dado hacer un esfuerzo superior á las condiciones del músculo que lo ejecuta; y siempre que haya existido una rotura fibrilar muscular descuidada en su tratamiento durante los primeros días de la lesión, es muy lógico pensar si aquel músculo podrá quedar inútil. No debemos, pues, quitar importancia á esta clase de lesiones, porque si bien es verdad que un obrero pudiera simular impotencia, debemos fijarnos mucho, recordando el caso del pelotari, al cual vimos desesperado al encontrarse imposibilitado de ejercer su lucrativa profesión, con la cual se enriquecieron muchos de sus paisanos, y que son los que hoy constituyen el núcleo de ricos propietarios en su aldea. Si esto ocurre con las roturas fibrilares, calcúlese lo que ocurrirá con las roturas parciales, en que una gran parte del vientre muscular queda dividido.

El tratamiento por excelencia de estas lesiones es el amasamiento húmedo, ó sea con vapor; la aplicación hábil de vendajes, y los movimientos pasivos y activos, hecho todo con la debida oportunidad. Estudiaremos estos elementos de curación, que también han tenido la desgracia de caer en la indiferencia, creyendo que es cosa sencilla, y que puede cualquiera ejecutarlos sin intervención del médico. Por lo general, los libros franceses, mal traducidos y peor interpretados, han hecho de los

amasadores una especie de apaleadores públicos. He conocido una inglesa y á algunos otros extranjeros y nacionales que con el solo título que ellos se han concedido de amasadores, les ha sido suficiente para causar la admiración de sus parroquianos, jadeantes aún á causa de la última paliza recibida quizá con la autorización de su médico. ¿Por qué no decirlo? ¡Qué risa no habrá producido á esos bárbaros ver que el médico confiaba en sus golpes y su ignorancia!

Nada más erróneo que la violencia para ejecutar el amasamiento. Esta es la causa por la cual no se han generalizado entre nosotros métodos de tratamiento como, por ejemplo, el de las fracturas de Lucas Championnière. ¿Cómo ha de resultar bien que se trate tan brutalmente una fractura reciente?

Desde el año 1887, en cuantos folletos ó artículos vengo tratando este asunto, he procurado siempre llamar la atención hacia este punto, y salvo raras excepciones, vengo presenciando lo mismo: las referidas palizas y sus funestas consecuencias.

En el primer Congreso de Cirugía hispano-portugués celebrado en Madrid en Abril de 1898, y en una Memoria que presenté al XIII Congreso Internacional de Medicina celebrado en París el año 1900, con objeto de dar á conocer mi método de amasamiento húmedo ó con vapor, decía lo siguiente: «La técnica operatoria de la manipulación debe ser, como siempre que se haga amasamiento, hacerlo suave, pues el secreto de las maravillas que con este medio de tratamiento se consiguen, consiste en activar la circulación de retorno, y de la forma que generalmente se emplea, que es una forma brutal, no se sacarán nunca más resultados que martirizar á los enfermos, agravando extraordinariamente sus lesiones. Hay que hacer cundir la idea de que el amasamiento es uno de los medios más diplomáticos de la terapéutica y que no tiene nada de guerrero;» y después, hablando de la combinación del calor húmedo con el amasamiento, decía: «Exactamente la misma acción del amasamiento, sino que así como en la acción del calor húmedo predomina la dilatación vascular, en el amasamiento predomina el aumento de velocidad y cantidad en la corriente, ajustándose perfectamente estas dos acciones para producir el máximum del efecto

apetecido. Con aquél aumenta de diámetro el cuerpo de bomba; con éste aumenta la fuerza de impulsión del émbolo.» Después de esto, se comprenderá fácilmente por qué ha de ser útil el amasamiento con vapor. En las lesiones que nos ocupan se necesita activar la circulación para activar la absorción de exudados, facilitando la cicatrización y la restitución anatómica y fisiológica de los tejidos; pero si nosotros actuamos directamente sobre el foco de la rotura, por muy suavemente que lo hagamos, en los primeros momentos podremos destruir las nuevas formaciones, aumentar los derrames sanguíneos y excitar más la contractilidad. Por el contrario, si hacemos en los primeros días el amasamiento en las regiones sanas inmediatamente superiores y laterales que rodean á la lesión, observaremos que al desembarazar los tejidos de exudados inflamatorios, los fenómenos dolorosos y los equímosis desaparecen rápidamente, y las nuevas formaciones, libres de estos obstáculos, van adoptando la forma y la función más normalmente. Es, pues, indispensable amasar con vapor en los alrededores del sitio de la lesión suavemente, para activar la circulación periférica de retorno, siguiendo la dirección de las fibras y aponeurosis musculares.

Los movimientos pasivos al principio son indispensables cuando se tratan lesiones de este género con tendencia á la formación de osteomas, pues si sólo hiciéramos amasamientos acompañados de inmovilidades exageradas, lo probable sería que aumentáramos las neoformaciones óseas, mientras que si recordamos al músculo su función por la influencia que ésta tiene en la formación del órgano, lograremos que la fibra no se deje invadir por los osteoplastos, pues no hay que olvidar que así como el hueso para su regeneración necesita, además de actividad circulatoria, reposo como representante del elemento pasivo en la máquina locomotora del hombre, la articulación ya necesita más movilidad para recuperar su función, y el músculo mucha más aún, una vez que su integridad anatómica así lo consiente. Claro es que de la inteligente prudencia con que han de graduarse estos procedimientos, según el estado en que se encuentran los tejidos, dependerá el mayor y más rápido éxito.

Otro de los medios más importantes de tratamiento es la posición del miembro.

Todos sabemos que existe un tono muscular que no desaparece aun en el estado de reposo, y que este tono es mayor mientras más separados están los puntos extremos de inserción del músculo. Pues mientras más acerquemos dichas inserciones, más disminuiremos el tono muscular, la relajación será mayor, y entre el efecto producido por este medio y el que antes se produjo con el amasamiento, se reduce la retracción fibrilar al mínimo, los extremos de las fibras rotas estarán más cercanos, los tejidos cicatriciales que han de constituir la unión serán mucho más pequeños y los elementos ajenos á la función del músculo mucho menores.

¿Qué podrá sostenernos esta posición, y al mismo tiempo ayudar la acción beneficiosa de la actividad circulatoria provocada por el amasamiento con una presión moderada, elástica y por igual en todo el miembro? Pues un vendaje bien colocado.

Al llegar á este punto, señores, se demuestra claramente que en nuestra Ciencia, por triviales que parezcan los asuntos, encierran siempre problemas que dan lugar á la meditación y al estudio. Un vendaje bien puesto parece que es una cosa fácil, y que con sólo decirlo se ha cumplido; pero, por desgracia, no es así. Hoy día se suele despreciar altamente la buena colocación de las vendas.

Antes, cuando no existía la asepsia, al cirujano que no era artista en sus cortes y en la colocación de los vendajes, se le culpaba con muchísima razón como causante de numerosas complicaciones que sobrevenían en los operados; pero hoy, con la asepsia, esto se ha olvidado, y el algodón y la gasa parece que todo lo hacen. Por desgracia, creo que este abandono puede ser muy perjudicial en muchos casos, y lesiones hay á millares en las cuales otro sería el éxito si á los progresos indiscutibles de la asepsia y demás procedimientos modernos, fueran unidos los procedimientos de la antigua y clásica Cirugía española, que fueron hijos de la observación y la experiencia de hombres de gran mérito, no de un capricho, pues no hay que olvidar que,

siendo la Medicina Ciencia y Arte á la vez, el temperamento artístico por excelencia de nuestra raza imprimió siempre un sello especial en nuestra historia médica que nos hemos empeñado en hacer desaparecer, cuando quizá sea lo único original de que pudiéramos vanagloriarnos, tanto en lo pasado como en lo porvenir.

Aún recuerdo con veneración el nombre de Gómez Pamo, en cuyo Manual aprendí á colocar el primer vendaje. No soy dudoso en cuestiones de progreso; nadie creerá que no admito que la sutura ósea es indispensable en algunas fracturas de rótula; pero en conciencia, digamos los cirujanos modernos:—Si tuviéramos presente la habilidad de hombres como Benavides; si recordáramos sus ingeniosos apósitos, ¿sería tan frecuente la necesidad de suturar los fragmentos de una rótula fracturada?

No, por cierto; y como estos dos hombres que honraron con sus éxitos la Beneficencia Provincial de Madrid, á quienes yo conocí y de quienes aprendí, aún pudiera citar otros muchos y por la misma causa. Aquí presentes habrá algunos que algo original aprenderían de Toca y Argumosa, y no quiero hablar más que de muertos.

Es, pues, indispensable en muchas lesiones colocar bien un vendaje, y muy especialmente en muchos casos en que el amasamiento no produciría sus beneficiosos efectos si no fuera ayudado por este indispensable medio.

En resumen: mi objeto sólo ha sido puntualizar cómo lesiones que á primera vista parecen despreciables por su poca importancia, pueden llegar á determinar fenómenos graves; marcar su debido tratamiento, y llamar la atención de la utilidad que reporta atender desde los primeros momentos á enfermos de este género.

No terminaré sin antes dedicar un recuerdo á algunos otros medios físicos, como son la electricidad, la vibración, el agua y la mecánica, por el buen servicio que prestan en muchos casos durante la convalecencia, ayudando á la restitución completa y definitiva de los miembros que fueron víctimas del accidente.»

Continuando el debate pendiente sobre el caso de *Resección de Estómago*,

El Sr. San Martín, que se hallaba en el uso de la palabra, recordó los antecedentes del asunto, y con especialidad la extirpación de dicha víscera en un animal, practicada en 1810, consiguiéndose que viviera veintisiete días, y admitiéndose la posibilidad de la extirpación del cáncer; siguiéndose los experimentos de los ayudantes de Billroth, entre los cuales se halló Mickuliez, y las operaciones que practicó el cirujano alemán, llegando á suturar un intestino delgado con otro grueso, y las ideas que consiguó en su obra de Cirugía el Dr. Argumosa acerca de esta clase de suturas, con evidente progreso del arte quirúrgico.

Describió la primera *Resección de Estómago*, de Billroth, con éxito satisfactorio, y la del *Píloro*, de Péan, en 1879; aconsejando éste que se suture como se pueda, teniendo muy presentes las condiciones de cada caso particular.

Trató de las modificaciones introducidas por Billroth en su técnica operatoria, adosando el duodeno á la corvadura mayor del estómago, en vez de hacerlo á la menor, como en un principio, y variando el primer procedimiento en lo referente al píloro y otras partes del estómago, así como en la unión ó sutura de esta entraña á los intestinos delgados y gruesos.

El Sr. San Martín se extendió en consideraciones, respecto á los mecanismos adoptados por Kocher y Rydigier para evitar el derrame de líquidos en la cavidad peritoneal, la úlcera péptica y la infección; sostuvo que el *colapso* no es el mayor enemigo en esta clase de operaciones, presentándose pocas veces, como lo prueban las estadísticas publicadas hasta el día, entre las cuales debe citarse una muy notable del Sr. Ribera; y dijo que lo que se ha llamado *colapso secundario*, no es en la generalidad de los casos sino *septicemia prematura*.

Aseguró que lo más temible en la *Resección del Estómago* es la *infección*, que la sutura es la responsable de este funesto accidente, por los pequeños flegmones que en la misma se presentan, por los *disecantes* de las membranas del estómago, porque se salte algún punto de sutura, por la rápida y activa absor-

ción de los vasos linfáticos de la región epigástrica, y por el trombus de la vena coronaria.

El Sr. San Martín habló á continuación de las neumonías traumáticas, que pueden ser ocasionadas por influencia nerviosa, consignando que en las experimentales se ha demostrado, que la sección del *vago* determinaba la neumonía de la base del pulmón, y la del recurrente la de los vértices.

Insistió en que la sutura es la responsable de la infección, y estudió las condiciones de la provisional, que sólo dura unas horas, y la evolución de la definitiva, que tarda en realizarse de ocho á diez días.

Al llegar á este punto suspendió su discurso el Sr. San Martín, por haber transcurrido el tiempo reglamentario; quedando en el uso de la palabra para la sesión próxima, y levantándose la de hoy.

VII

SESIÓN DEL 13 DE MAYO DE 1905

Después de leída y aprobada el acta de la anterior, y dada cuenta de las obras recibidas,

El Sr. González Alvarez usó de la palabra, para comunicar á la Academia dos casos de *Cefalematoma*, cuyas piezas necrópsicas sometió á su estudio, por estimar que destruyen conceptos que hoy pasan como axiomáticos, siendo en realidad erróneos; y no debiendo admitirse las tres clases de dicho afecto, llamadas subcutánea, subaponeurótica y subperióstica.

Añadió, que mientras de unas estadísticas se desprende, que en 1:000 á 2.000 recién nacidos se observaron 65 con este afecto, hay otras con 40 en 25.000; y en la Inclusa de esta Corte, donde ingresan de 1.300 á 1.400 niños al año, sólo ha visto 12 casos desde 1885.

Con los cráneos á la vista, dijo que el asiento de la lesión es siempre el parietal, en el que falta la capa exterior del hueso,

hallándose afectadas las venas diplóicas; que en uno de los cráneos, correspondiente á un niño muerto á los cuarenta y cinco días del nacimiento por infección erisipelatosa del cefalematoma, halló el periostio degenerado, una membrana que representaba el diploe, y la dura madre abultada y desprendida; que en este caso existía un segundo cefalematoma en el lado derecho, no observado en vida; y que, en su concepto, esta enfermedad debería llamarse *diploe-hematoma*, porque la hemorragia radica en el diploe.

Continuando el debate sobre la *Resección del Estómago*,

El Sr. San Martín reanudó su interrumpido discurso, manifestando que trataría especialmente de la operabilidad gástrica y de la Cirugía postoperatoria; que en la operatoria quirúrgica el detalle es á veces más fecundo que las grandes concepciones científicas; que en este caso se halla la sutura de Lembert, conocida desde 1826, con aplicación á la Cirugía abdominal; que en esta clase de operaciones la mayoría de los fracasos se deben á la ineficacia de las suturas; y que la Cirugía del estómago ha realizado tantos progresos como la de cualquier otro órgano.

Aseguró que se ha hecho con resultado la operación sin sutura; que Czerny, autor de una sutura intestinal, ha empleado el botón de Murphy, encontrándole más beneficioso, según han demostrado las estadísticas; y que este botón tiene, sin embargo, el inconveniente de ser inaplicable en grandes extensiones, debiendo recurrirse á las suturas en tales casos.

Consideró la *oquedad epigástrica* como otro de los factores de los contratiempos de estas intervenciones quirúrgicas, resultado de las partes que separan, y siendo muy peligrosa la abundancia de exudados; habló de las ventajas de dejar abierta la herida, á semejanza de lo que se hace en las operacionés del ciego, y con lo cual no se ha logrado el efecto apetecido, pues los exudados han seguido inundándolo todo; y discurrió sobre la operación en dos tiempos, propuesta y ejecutada por Mickuliez para los intestinos, que se han extendido por todo el mundo, rebajando á 10 por 100 la mortalidad de 40, que arrojaban

las estadísticas; añadiendo que el mencionado cirujano estima como imposible la operación en dos tiempos para el estómago, porque este órgano se inflama al contacto del aire, y que Kelly ha renunciado también á los dos tiempos, tratándose del órgano á que nos venimos refiriendo.

El Sr. San Martín puso de manifiesto los beneficiosos resultados de las inyecciones de suero artificial caliente, de medio á tres litros por inyección, en estas operaciones, explicándolas por la acción del calor y por la absorción de las sales que entran en su composición; y recordó que Mickuliez ha propuesto las inyecciones de ácido nucleínico, en la proporción de 2 por 100, para inyectar 50 centímetros cúbicos en los pectorales, doce horas antes de la operación.

Sostuvo que la principal defensa de los enfermos es el *diagnóstico precoz del cáncer*, que aumenta las garantías de la curación; que este diagnóstico es tan fácil como el de las mamas, fijándose en la ectasia, vómitos borrosos, disminución del ácido clorhídrico del jugo gástrico y aumento del láctico, enflaquecimiento y demás síntomas de tal estado morboso; y que para todo hay que contar con la buena disposición y sumisión de los enfermos, condición poco propicia en nuestro país, así en la clase pobre como en la rica, y que sólo suele encontrarse en los religiosos.

A continuación hizo un paralelo entre el cáncer del estómago y el de la vejiga de la orina, encontrando grandes semejanzas en la sintomatología y las lesiones de una y de otra localización, así como en los efectos beneficiosos del lavado de ambas cavidades; llamando la atención acerca de la *anacidez* que se observa en los jugos contenidos en el estómago y en la vejiga, como resultado de la mezcla de los productos cancerosos y de los normales, la retención de líquidos, las circunstancias de que la vejiga se afecta especialmente en el trigono y el estómago, en el píloro y corvadura menor; de que los cancerosos de estómago mueren de inanición, y los de la vejiga de uremia; y acerca de los fenómenos de fisiología patológica, que se desprenden de los conceptos de *afección* y *reacción*, tan fecundos en la Medicina práctica.

Transcurrido el tiempo reglamentario, se suspendió este debate; quedando el Sr. San Martín en el uso de la palabra para la sesión próxima, y levantándose la de hoy.

VIII

SESIÓN DEL 20 DE MAYO DE 1905

Leída y aprobada el acta de la anterior, se dió cuenta de las obras recibidas.

Continuando el debate sobre *Resección del Estómago*, reanudó su interrumpido discurso

El Sr. San Martín. Empezó refiriendo dos casos observados en su consulta en el día de hoy: el uno de cáncer en la mama, de cuatro años de fecha, y el otro de afección gástrica con el aspecto de cancerosa, de dos años; en los cuales se demostraban las ideas que expuso en la sesión anterior, en el sentido de que muchas veces es más fácil diagnosticar el cáncer del estómago que el de la mama.

Trató del cáncer *pilórico* y del *coronario*, considerando excepcionales los del cardias y los del fondo mayor; señaló la analogía del estómago del hombre y del de los rumiantes, comparando el fondo mayor con la panza, y la porción prepilórica con el cuajar; y exigió para el diagnóstico del cáncer gástrico la congruencia de los síntomas mecánicos, químicos, de tumoración y de caquexia.

En punto á los síntomas *mecánicos*, habló de la incontinencia é insuficiencia, hipertrofia y atrofia, estenosis en sus diversas variedades (espasmódica é inflamatoria), dolor y ectasia; asegurando que la incontinencia pilórica es signo de cáncer coronario, así como la falta de ectasia y de vómitos.

Respecto al *quimismo*, dijo que no debe averiguarse la hipoclorhidria de un modo rudimentario, sino metódico, haciendo tres análisis en serie en el mismo día, para llegar á conocer la verdadera composición del jugo gástrico, y especialmente las

proporciones de ácido clorhídrico y de ácido láctico que contiene.

El Sr. San Martín aseguró que el tumor del cáncer pilórico podía apreciarse siempre con facilidad, en tanto que el coronario no tiene tumor; que las hematemesis corresponden más bien á la úlcera gástrica que al cáncer, y en éste al coronario, quedando los coágulos hemáticos en las anfractuosidades de la víscera, para producir infecciones; y que en el cáncer pilórico hay inanición, mientras que en el coronario los alimentos pasan al intestino, durando la enfermedad hasta seis ú ocho años; lo cual no sucede en la localización pilórica, de curso más breve, produciendo la muerte sin llegar á la caquexia.

Se extendió en consideraciones sobre la enferma que ha dado motivo á este debate, haciendo notar que se ha tratado de un cáncer pilórico-ventricular con *aquilia;* que temió la difusión del cáncer, más que al estómago, á los intestinos; y que no se decidió á practicar la segunda operación por miedo á la parte sana.

Leyó diversas estadísticas de Cirugía gástrica, de las cuales se desprende: que Krönlein ha operado 204 casos de cáncer de estómago, de 1881 á 1902; que en la de Kocher, de Berna, hay un hombre de cincuenta y ocho años de edad, operado de *Resección de Estómago* por cáncer, que sigue viviendo después de diez y seis años, y otros de trece, siete, seis y cinco; y que en la de Kelly la mortalidad ha llegado á ser de 15 por 100.

Sostuvo que las indicaciones de esta clase de operaciones no se hallaban bien establecidas, ni por los cirujanos, ni por los médicos; y se manifestó de acuerdo con Mickuliez, en el sentido de operar el cáncer gástrico de no mucha extensión, haciendo observaciones al segundo precepto, de operar también en los cánceres de mucha extensión, si el estado general es bueno y hay estenosis, por creer incompatible el estado satisfactorio con la estenosis. Tampoco estuvo conforme con la opinión de Mickuliez, que asegura que la *Resección de Estómago* no tiene porvenir.

El Sr. San Martín terminó exponiendo las ideas de Tobara y las suyas, acerca de las indicaciones de las operaciones que

se practican en el estómago, para el tratamiento del cáncer que en esta víscera se localiza, teniendo en cuenta la hipoacidez y la segmentación, y fijándose especialmente en la laparotomía exploradora, la gastro-enterostomía, la gastrectomía, la operación en dos tiempos y la exclusión del píloro.

El Sr. Jiménez usó de la palabra, declarando que, en su opinión, lo que debía preocupar á los cirujanos en sus intervenciones era la *perfección*, simplificando los métodos y procedimientos, así como el instrumental, y aspirando á la rapidez y á la seguridad en los actos quirúrgicos; que el éxito en las operaciones gástricas depende de la sutura; que en casos como el de que se trata, no hace jamás la gastro-enterostomía; y que después de la laparotomía exploradora los enfermos se alivian de ordinario, pasando un período relativamente satisfactorio ó menos malo, y continuando luego la enfermedad su marcha ordinaria.

Hizo alusión á cuatro casos, que sometió al juicio del Congreso Internacional de Medicina, celebrado, hace dos años, en esta Corte, en prueba de los inconvenientes que ofrece la gastro-enterostomía, tratándose de cáncer gástrico; recordó que Roux aconseja que se alimente pronto á los enfermos, y que Kocher recomienda el lavado, lo que indica que no temen la destrucción de la sutura; y se fijó en lo difícil que es á veces el diagnóstico en las enfermedades gástricas, exponiendo á errores y aun á grandes equivocaciones.

Presentó un operado, hace catorce meses, en que se hizo el diagnóstico de *cáncer gástrico*, con ganglios infartados y otros fenómenos de la enfermedad, por el Sr. González Campo y el Sr. Jiménez. Se operó por el procedimiento de Billroth, consiguiendo una pronta curación; y estudiada la pieza patológica en el Laboratorio, se vió que era una *induración hipertrófica de carácter inflamatorio*. El tiempo ha demostrado este juicio, pues el operado se halla en el estado más satisfactorio, pudiendo asegurarse que nunca existió el cáncer.

El Sr. Jiménez concluyó su discurso manifestando: que tratándose, en el caso del Sr. San Martín, de una *exclusión incompleta de píloro*, en que se había dejado una sonda, no se expli-

caba por qué no se alimentó á la enferma hasta el tercer día; que con la seroterapia hipodérmica, y aun con enemas, puede alimentarse á los operados por algún tiempo después de los actos quirúrgicos; y que al hablar en su primer discurso de las operaciones en dos tiempos, de las cuales no era partidario en tesis general, creyó que podrían admitirse en ciertas desarticulaciones de hombro y de cadera, á fin de evitar el colapso, resultado de la larga duración de las mismas, no por las ligaduras arteriales, sino por las demás exigencias de la técnica operatoria.

Transcurrido el tiempo reglamentario, quedó el Sr. Gutiérrez en el uso de la palabra para la sesión próxima, y se levantó la de hoy.

IX

SESIÓN DEL 27 DE MAYO DE 1905

Se abrió á la hora señalada, y leída y declarada conforme el acta de la anterior, se dió cuenta de las obras recibidas.

El Sr. Pulido presentó á la Academia, en nombre del Doctor Verdes Montenegro, dos ejemplares de un Cuadro sobre *Preservación del Paludismo*, que dicho Profesor ha publicado recientemente, con el mismo éxito que obtuvo con otro acerca de la *Tuberculosis*, de que también es autor.

Añadió que dicho trabajo representa un verdadero progreso en estas materias; que consta de cinco viñetas y de una pareja de campesinos en el centro, en lo que al dibujo se refiere; que la preservación del paludismo se reduce á defenderse de la picadura del mosquito por mèdio de alambreras en puertas y ventanas, uso de velos y guantes por los campesinos al amanecer y al anochecer, y otras precauciones generales y colectivas, de la competencia del Gobierno, de las Diputaciones y de los Ayuntamientos; estimando que el autor del Cuadro merece felicitaciones de la Academia por sus procedimientos prácticos, tan

adecuados para la difusión de los conocimientos y la preservación de enfermedades tan mortíferas como el paludismo y la tuberculosis.

El Sr. Huertas se adhirió á las felicitaciones que se habían propuesto, y manifestó que en la provincia de Cáceres había disminuído en un 60 por 100 el número de atacados de paludismo con el uso del velo y de las alambreras, con especialidad en los empleados de los ferrocarriles.

El Sr. Fernández Caro se expresó en el mismo sentido, alabando estas obras de divulgación de la higiene, que, en su sencillez, llenan una finalidad práctica, social y de gobierno de la más alta importancia.

El Sr. Presidente dijo, que la Academia había escuchado con satisfacción las manifestaciones de los señores que habían usado de la palabra; que la Corporación agradecía el donativo del Sr. Verdes Montenegro, y que en sesión de gobierno podrían proponerse los acuerdos que se juzgaran procedentes.

El Sr. Mariani leyó la biografía del difunto Académico, Don José Ustáriz y Escribano, de cuya redacción estaba encargado por la Academia, y que consta en la página 99.

Continuando el debate sobre la *Resección del Estómago*, hizo uso de la palabra

El Sr. Gutiérrez. Habló, ante todo, de la manera como en las Corporaciones científicas extranjeras se discuten estos asuntos, con exposición sucinta y observaciones prácticas, en que se aceptan ó se contradicen las opiniones emitidas; del procedimiento de Rydigier y de la función de los elementos celulares del estómago en la formación de la pepsina y del ácido clorhídrico; recordando una estadística de diez y seis casos de *úlcera pépsica intestinal* con *perforación* después de la gastro-enterostomía, y las opiniones admitidas en la Ciencia sobre secreción del jugo gástrico por acción refleja.

Tratando de la sutura sero-serosa de Lembert, que éste inventó siendo estudiante, y dió á conocer en una monografía, sostuvo que es muy efímera, no pudiendo confiarse en ella, y exigiendo, además, la sero-muscular, sin olvidar en ningún caso la más perfecta asepsia, pues de prescindir del más míni-

mo detalle en este particular, pueden ocurrir funestos accidentes, como estuvo á punto de ocurrir en su Clínica de la Casa de Salud, hace años, al practicar una histerectomía.

El Sr. Gutiérrez se manifestó conforme, en no admitir el *colapso tardío* después de las operaciones, puesto que en tales casos todo puede explicarse por la infección peritoneal; y respecto al *colapso inmediato*, dijo que era tanto más fácil y peligroso cuanto más se asciende, como sucede en la gastro-yeyunostomía, de mucha mayor gravedad que los actos quirúrgicos que se ejecutan por debajo del ombligo.

En punto al pronóstico quirúrgico de las gastrectomías por cáncer, aseguró que ni era peor ni mejor que en otras localizaciones; opinando que todo era cuestión de diagnóstico precoz, y dando cuenta de una enferma, observada en el Hospital de la Moncloa, en que sólo se observó demacración, palidez cérea y dolor epigástrico, con ligerísima tumoración hacia el píloro, y sin vómitos. Practicada una pilorectomía, se halló una úlcera en la porción pilórica, que se extendía al duodeno, sin estenosis ni retención; demostrándose en los análisis la existencia de la anaclorhidria.

Disintiendo de otras opiniones, sostuvo que la gastro-enterostomía no está llamada á desaparecer, pudiendo prestar importantes servicios, prolongando la vida de los cancerosos por meses y aun años.

Recordó la estadística de Kocher, que consta de 97 gastrectomías, no todas por cáncer, y de la cual se desprende, que algunos operados vivían al cabo de veinte años, de diez y seis, de trece, de siete y de cinco de haberse sometido al acto quirúrgico.

El Sr. Gutiérrez refirió un caso de cáncer del cuello uterino, operado por él hace más de diez años, y que no se ha reproducido; insistiendo en que el éxito puede depender en muchos casos del diagnóstico precoz.

Del quimismo gástrico opinó, que la Cirugía obtendría escasos resultados.

Terminó manifestando que, no habiendo practicado el señor San Martín la segunda operación en el caso de que se trata,

queda la duda de las ventajas de la pilorectomía en dos tiempos; que en 1902 se hizo ya dicha operación antes que la practicara Rydigier, empleando también la misma sonda del número 16; que, á su juicio, el método operatorio de que se trata está destinado á morir pronto; que en estas operaciones es de gran importancia su duración, debiendo evitarse el enfriamiento del peritoneo y de los intestinos, de tan fatales resultados, por lo general; que en una operación de fibro-quiste interior enorme, que duró más de dos horas, la operada se reaccionó después de un fuerte colapso; y que sólo en casos excepcionales, con grandes adherencias, supuraciones y otras condiciones muy poco frecuentes, debe apelarse á la pilorectomía de Rydigier.

Habiendo renunciado la palabra el Sr. Ribera, se le concedió al Sr. San Martín, que la había pedido; pero transcurrido ya el tiempo reglamentario, se suspendió este debate y se levantó la sesión.

X

SESION DEL 3 DE JUNIO DE 1905

Se abrió á la hora señalada, y después de leída y aprobada el acta de la anterior, se dió cuenta de los impresos recibidos.

Reanudado el debate sobre *Anquilostomiasis*,

El Sr. Espina hizo algunas inclinaciones históricas sobre la patogenia de los grandes parásitos y la Higiene social, fijándose especialmente en el *Anquilostoma* y en la *Filaria*, y citando la observación de un capitán de fragata, á quien vió, hace poco tiempo, en Cartagena, con fenómenos muy marcados de anemia y de paraplegia; presumiendo que se trataba de un estado morboso producido por un parásito grande, y demostrándose en el Laboratorio la existencia de la *Filaria*.

Suspendida esta discusión, y continuando la de la *Resección del Estómago*,

El Sr. San Martín, previas algunas reflexiones acerca del valor de la especulación, de la práctica y de la anatomía en el ejercicio de la Cirugía, así como de la función docente de la Academia, tan útil para la cultura del país y para la enseñanza de la Medicina, insistió en que la *Resección del Estómago* ha nacido, no de la observación clínica, sino de una intervención experimental, cuyas fechas más culminantes son 1811 y 1874.

Citó los estudios de Billroth, y especialmente las innumerables notas recogidas en Viena, desde 1817 á 1875, sobre el cáncer, en virtud de todo lo cual se decidió aquel profesor á intentar la gastrectomía en el hombre; manifestó sus deseos de que en España se hiciera una información análoga; y expuso una vez más las ventajas de la sutura de Lembert en las operaciones que se verifican en la cavidad del vientre.

Añadió que el lavado del estómago es á veces de gran utilidad para evitar las infecciones, y aun para curar el colapso; que Kocher sostenía, que era preferible la destrucción de una sutura á dejar motivos de infección; que en las operaciones abdominales es más favorable la asepsia por medio del agua hervida, que la antisepsia por el ácido fénico, según sostuvo, hace años, en el Congreso de Barcelona; y que podría defenderse, que la Cirugía abdominal no debe á la práctica antiséptica sino retrasos.

El Sr. San Martín negó que la *úlcera pépsica* fuera consecuencia de la operación de que se trata, según declaró el señor Gutiérrez, puesto que los ácidos se forman especialmente en el fondo mayor del estómago, y en el cáncer de esta víscera figura la anaclorhidria como uno de los síntomas más frecuentes, no pudiendo, por tanto, producirse las úlceras pépsicas.

Terminado el discurso del Sr. San Martín, y habiendo transcurrido el tiempo reglamentario, se levantó la sesión.

XI

SESIÓN DEL 10 DE JUNIO DE 1905

Se abrió á la hora señalada, y después de leída y aprobada el acta de la anterior, se dió cuenta de los impresos recibidos.

Continuando el debate acerca de la *Resección del Estómago*,

El Sr. Jiménez se ratificó en cuantas ideas había expuesto con motivo de este asunto, y especialmente en lo que se refiere al valor de las *suturas* y de la *asepsia*, que estimó como fundamental en la práctica de la Cirugía y en su verdadero progreso; leyó párrafos de su Discurso de recepción en esta Academia, en prueba de sus asertos; y sostuvo que la técnica no debe ser pospuesta á la asepsia.

El Sr. Gutiérrez aplaudió las ideas mantenidas últimamente por los Sres. San Martín y Jiménez, y declaró que la asepsia dominará siempre la Cirugía práctica.

No habiendo otro señor Académico que deseara hablar sobre esta materia, se dió por terminada su discusión.

El Sr. Mariani hizo uso de la palabra, para llamar la atención de la Academia sobre la *Influencia del color rojo en el tratamiento del sarampión*.

Manifestó que era principio inconcuso la influencia de la luz en el organismo, sano y enfermo; que su acción estimulante se ha utilizado para activar la nutrición y en el tratamiento de la tuberculosis, de la viruela y el sarampión; y que la ausencia de la luz se ha empleado para evitar las señales ó cicatrices de las pústulas de la viruela en la cara, cubriéndolas con negro de humo y con nata, y obteniendo buenos resultados con esos y otros medios análogos.

Añadió que en la última epidemia de sarampión ha observado unos 30 casos de la enfermedad, de los cuales siete han afectado á una sola familia, y seis á otra; que después de una temperatura

de 40°, se ha presentado la erupción muy confluente; que empleando la luz roja, el calor ha descendido á 37°, siguiendo la erupción muy confluente sú curso ordinario, sin accidente ni complicación de ningún género, especialmente de los aparatos respiratorio y digestivo, que son tan frecuentes; y que la luz roja, por medio de bombillas eléctricas de dicho color, con una terapéutica sencillísima, ha prestado buenos servicios, como los prestan en otros casos la luz azul y otros medios físicos, que un empirismo racional ha sugerido á profesores muy distinguidos.

Aplazado este debate para la sesión próxima, y reanudado el de la *Anquilostomiasis*,

El Sr. Espina, que se hallaba en el uso de la palabra sobre este asunto, presentó dos fotografías de *Filaria*, que el profesor de la Armada, Sr. Ruiz, ha encontrado en la sangre del capitán de fragata, residente en Cartagena, de que habló en la sesión anterior, y que, ocho años hace, regresó de los países tropicales; consignó el itinerario del *Anquilostoma* desde San Gotardo á Lieja, golfo de Méjico; istmo de Panamá y otros puntos; y expuso la necesidad de que la Higiene Social despliegue su benéfica influencia, para evitar las enfermedades parasitarias.

Trató de los medios profilácticos que podrían emplearse contra la *Anquilostomiasis*, desechando los violentos, y prefiriendo los que radican en las costumbres, como la educación, las conferencias y cartillas, las sociedades cooperativas, la protección al minero, las luchas y ligas por la salud, los retretes inodoros más perfectos, los orinales cerrados, que se transportan á largas distancias, las duchas para los mineros, las casillas ó barracas de Higiene Social, las instalaciones de turba y otros medios adecuados, que se han puesto en práctica en los países más adelantados.

El Sr. Espina leyó las disposiciones oficiales decretadas en Alemania, Bélgica y Francia para evitar esta enfermedad, conservando con tales medidas la libertad y la salud, aumentando el término medio de la vida en notable proporción, y combatiendo los padecimientos que nacen de los nuevos aspectos de

las industrias, del comercio y del progreso de la civilización y de la cultura.

A continuación el mismo Sr. Espina presentó, por medio de las correspondientes proyecciones, el mapa de la *Anquilostomiasis*, y retretes, orinales, barracas-hospitales, ferrocarriles, instalaciones de turbas y demás medios, que se han puesto en práctica en las zonas mineras para prevenir esta enfermedad parasitaria.

El Sr. Larra empezó manifestando, que así como Rubner aseguró, hace siete ú ocho años, que en Alemania apenas se daban casos de *Anquilostomiasis*, declarándose la existencia de 20 ó 30.000 á los tres ó cuatro años, así puede decirse que en nuestro país habrá millones de ellos; que en Puerto Rico se ha demostrado, hace poco, que en el campo se hallan afectados el 90 por 100 de sus habitantes; que en Austria se ha encontrado en provincias enteras, en que no hay minas; que en otros puntos se ha observado en mujeres y niños, en tejeros, y en sitios y personas que ninguna relación tienen con las minas. De todo dedujo, que se trata de un padecimiento que puede afectar á todas las personas, y que los Estados y las Sociedades deben caminar de consuno para evitar la infección y el desarrollo de esta nueva plaga.

Transcurrido el tiempo reglamentario, se suspendió este debate, quedando el Sr. Larra en el uso de la palabra para la sesión próxima, y levantándose la de hoy.

XII

SESIÓN DEL 17 DE JUNIO DE 1905

Se abrió á la hora designada, y después de leída y aprobada el acta de la anterior, se dió cuenta de los impresos recibidos.

El Secretario que suscribe leyó la siguiente Nota, referente á la Constitución Médica reinante en Madrid durante las estaciones de invierno y primavera del año actual:

«La Comisión de Efemérides, Epidemias, Geografía y Estadística Médicas de esta Real Academia, cumpliendo inexcusables obligaciones reglamentarias, y por el órgano del que tiene el honor de dirigiros la palabra, va á exponer breves consideraciones acerca de la Constitución Médica reinante en Madrid durante las dos últimas estaciones, que han sido el invierno y la primavera del año corriente.

La estación de otoño anterior, que tanta influencia ejerce en el carácter de las enfermedades reinantes durante el año, fué templada y seca por lo general, y calurosa en el mes de Septiembre; y los padecimientos predominantes consistieron en afecciones gastro-intestinales, coli-bacilosis ó fiebres tifoideas, tifus y tos ferina.

En los meses de Diciembre, Enero y Febrero últimos, que, según la división adoptada de antiguo por el Observatorio Astronómico de esta Corte, forman la estación de invierno, porque sus condiciones atmosféricas son análogas, la Constitución Atmosférica fué fría y seca, con vientos de N., NE. y NO.; y heladas frecuentes, si bien el termómetro descendió pocas veces á —4, —5 y — 6°, habiendo reinado una Constitución Médica, que no deja de castigar á la Corte de España, y que ha ocasionado gran número de enfermos y mortalidad considerable en el año corriente.

La primavera, constituída por los meses de Marzo, Abril y Mayo, ha sido también seca y templada, por lo general, ofreciendo algunos días de temperatura elevada en Marzo y Mayo, y ligeras lluvias en su segunda mitad.

Las enfermedades reinantes en el invierno y en la primavera de este año han tenido un sello ó carácter especial, que se llamó *catarral-reumático* hasta que se le dió el nombre de *gripal*, cuando no sólo en esta capital, sino en toda Europa, se sufrió aquella epidemia de *grippe*, que afectó á multitud de personas, y que en Madrid duró poco más de quince días con gran violencia, enterrándose algún día 217 cadáveres.

Constituciones Médicas análogas se han observado en esta Corte con frecuencia antes de la epidemia de *grippe* de 1889 y de 1890, según consta en la *Medicina Patria* de nuestro Villal-

va, publicada á fines del siglo XVIII, y en los trabajos de la Comisión de Efemérides de nuestra Corporación.

Como correspondientes á dicha Constitución Médica, se han presentado padecimientos febriles, que han sido los más comunes, y algunos no febriles. La fiebre ha ofrecido tipos continuo, intermitente y remitente, con altas é irregulares temperaturas, y acompañadas ó no de localizaciones viscerales.

Entre dichas localizaciones gripales figuran las anginas, laringitis, bronquitis y neumonías. Las bronquitis han sido generalmente de larga duración, con fenómenos espasmódicos muy notables, recaídas y recidivas; y las neumonías, muy graves en la inmensa mayoría de casos, con grandes irregularidades en su curso, terminando muchas veces por la muerte.

El centro circulatorio ha sido asiento de localizaciones gripales, en forma de endocarditis y de pericarditis, de colapsos, asistolias, hipersistolias y anginas de pecho.

En el aparato digestivo se han observado catarros gastro-intestinales, dispepsias, saburras, diarreas, disenterías, congestiones é insuficiencias hepáticas; en el urinario, congestiones y flegmasías renales; y en el sistema nervioso, meningitis, neuralgias, especialmente intercostales y ciáticas, y exacerbación de ciertas neurosis, como el histerismo.

El sarampión ha reinado epidémicamente, ofreciendo en no pocos casos las complicaciones ordinarias en los aparatos respiratorio y digestivo, en las meninges y en los oídos, y siendo causa de no pocas defunciones.

También se han observado enfermos de fiebre tifoidea, de tifus y de fiebres puerperales, y casos de viruela, de escarlatina y de difteria.

Las manifestaciones del reumatismo, articulares, musculares, viscerales y del sistema nervioso, han sido muy frecuentes durante la Constitución á que nos vamos refiriendo, así como los accidentes y complicaciones de la arterio-esclerosis; debiendo atribuirse á tales estados morbosos muchas afecciones asmáticas y de los aparatos respiratorio y cardio-vascular observados en dicho período.

La tuberculosis ha figurado en lugar preferente, como des-

graciadamente ocurre siempre, en la patología de las estaciones últimas, con localización en las meninges y en los aparatos respiratorio y digestivo, aguda y crónica; dando un importante contingente á la mortalidad de esta población.

El número de enfermos y de fallecimientos ha rebasado la cifra ordinaria, no sólo en Madrid, sino en casi toda España, puesto que la Constitución catarral reumática ó gripal á que nos vamos refiriendo, ha reinado al mismo tiempo en las capitales más importantes, como Barcelona, Valencia, Sevilla, Granada y otras.

La duración de los afectos anotados ha sido larga en muchos casos, especialmente en las personas de edad, en que las recaídas y recidivas han fueron frecuentes y graves, terminando muchas veces de modo infausto.

Los elementos morbosos dominantes han sido el periódico, el reumático, el atáxico y el adinámico; y la patogenia parece haber consistido en una modificación del sistema nervioso, principalmente del trisplágnico, en el sentido de la debilidad, del desorden y de la ataxia, con localización en los órganos y aparatos más esenciales para la vida.

La Constitución atmosférica, seca y variable en sus condiciones meteorológicas, ha constituído la etiología de las enfermedades reinantes en las dos últimas estaciones; quedando velado ese elemento generador de las enfermedades epidémicas, á que Hipócrates designaba con la locución de *quid divinum*, y que, por desgracia, no han logrado aclarar como desearíamos las ciencias positivas, y especialmente la física, la química y la historia natural.

En los solípedos se han observado catarros laríngeos y traqueales, parotiditis, neumonías, pleuritis, cistitis, cólicos biliosos, afecciones gastro-intestinales y reumatismos de diversas formas; en el ganado lanar, viruelas; y en el perro, algún caso de rabia.

La terapéutica de la Constitución Médica reinante ha estado en relación con su carácter ó naturaleza, con los elementos morbosos predominantes y con las diversas circunstancias que modifican la indicación abstracta. Los sudoríficos han figurado

en primer término, así como los preparados químicos, que han desempeñado un papel principalísimo en las formas febriles, y en no pocas localizaciones del aparato respiratorio, como las bronquitis. También han sido de gran utilidad los evacuantes del aparato digestivo, los diuréticos y los cardiacos, especialmente la digital, el estrofanto y la esparteina.

La medicación revulsiva, en sus diversas formas y variedades, ha prestado muy importantes servicios, llenando á veces indicaciones vitales, y conjurando peligros inminentes.

La hidroterapia, caliente y templada, ha desplegado su eficacia en gran número de enfermos, y en variadas formas y manifestación de la Constitución gripal, á que nos vamos refiriendo. En los estados febriles, y, sobre todo, en los continuos y remitentes, y en diversos desórdenes del sistema nervioso y de los aparatos respiratorio y urinario, tres ó cuatro baños generales, de 32 á 36°, han dado resultados inmediatos y satisfactorios, que muy probablemente no se hubieran alcanzado con modificadores farmacológicos, muy empleados en la práctica.

En ciertos estados gripales, tíficos y puerperales, con lesión profunda del sistema nervioso y de la crasis-sanguínea, las inyecciones hipodérmicas de oxígeno y los sueros artificiales y fisiológicos han patentizado una acción terapéutica, muy digna de utilizarse en la curación de tan graves afectos.

Los antirreumáticos, y con especialidad los salicilatos de sosa, de litina, de bismuto y de quinina, los alcalinos y la hidroterapia, han debido emplearse constantemente, dada la frecuencia con que el elemento reumático ha figurado como factor de los estados morbosos observados.

A las síntesis expuestas, limita la Comisión cuanto se proponía manifestar sobre una noción médica, que siempre mereció la atención preferente de los grandes clínicos, como Hipócrates, Sydenham, Stoll, Baglivio, Bordieu, Laguna y Valles que ofrece en la práctica los más fecundos resultados, principalmente en cuanto se refiere á etiología, diagnóstico, pronóstico y terapéutica de las enfermedades que afectan á la generalidad, y que son las responsables de la mayoría de las defunciones.

La Comisión se permite excitar el celo de los señores Académicos, para que, si lo estiman oportuno, agreguen los frutos de su ilustrada práctica á las toscas pinceladas que constituyen esta Nota, á que no se da la extensión que asunto de tan vital importancia exige, por lo avanzado del curso académico, y por el temor de que la premura del tiempo impida la terminación de las discusiones pendientes, que tanto interés despiertan y entrañan, por su transcendencia teórica y práctica.

Y termino expresando á la Academia mi agradecimiento por la benevolencia con que se ha dignado oirme.»

Puesta á debate la comunicación del Sr. Mariani, acerca de la *Influencia del color rojo en el tratamiento del Sarampión,*

El Sr. Huertas hizo uso de la palabra, para manifestar: que deseando evitar las cicatrices de la viruela, y después de emplear el ungüento mercurial, el ácido salicílico, la careta de yeso y otros medios sin resultado satisfactorio, apeló al colodión asociado al negro de humo, formando una pasta, que extendía sobre las pústulas de la cara, á fin de privarlas del aire y de la luz; que á los dos días se cubrían las grietas con la misma pasta; que la prueba se hizo en más de cien casos, siempre con resultado satisfactorio; que la luz roja llena en la viruela y en el sarampión, no sólo una indicación sintomática, sino patogénica y fundamental; que con dicho modificador ceden en el sarampión las altas temperaturas, las bronquitis, el delirio y demás manifestaciones graves, siendo menos frecuentes las complicaciones; y que así como el aire favorece ó impide el desarrollo de los esporos, en la luz hay que admitir análogos efectos.

El Sr. Espina dijo: que desde 1878, en que se encargó de la Sala de variolosos del Hospital Provincial, había hecho trabajos sobre la influencia de la luz en dicha enfermedad; que el difunto Olavide había aplicado la fototerapia en la curación del lupus; y que en Valencia se publicó, hace siglos, una obra, en que se recomendaba la luz roja en la terapéutica del sarampión.

A continuación leyó la siguiente Nota sobre *Espectroscopia*, debida al Sr. Iñiguez, Director del Observatorio Meteorológico de esta Corte:

«Los principios fundamentales de la espectroscopia son los siguientes:

1.° El espectro de la luz emitida por un cuerpo sólido, líquido ó gaseoso comprimido, en estado candente, es una banda continua de colores.

2.° El espectro producido por un gas libre candente es un conjunto más ó menos numeroso de rayas brillantes, separadas por espacios obscuros.

3.° Cuando la luz emitida por un cuerpo sólido, líquido ó gas comprimido atraviesa un gas libre á temperatura inferior, el espectro es una banda brillante de colores, surcada por rayas obscuras, en igual número y posición que las que daría brillantes el gas libre, brillando solo.

En resumen: los cuerpos luminosos que no son gases libres, emiten luz de todas las longitudes de onda; las imágenes de la rendija del espectroscopio se tocan unas á otras, y forman una banda continua de colores. Los gases libres, cuando son luminosos, emiten radiaciones de longitudes de onda en número limitado, y ocasionan un número igual de imágenes separadas de la rendija del espectroscopio. Si en alguna región del espectro se suceden las radiaciones unas á otras sin interrupción, habrá en aquella región una banda continua, y el espectro se compondrá de líneas y bandas. Al ser atravesado un gas libre, relativamente frío, por las radiaciones continuas de un cuerpo no gaseoso de temperatura más elevada, absorbe el gas las radiaciones que le son propias, y de aquí las rayas obscuras que surcan la banda continua de colores del espectro. Si el espectro propio del gas tuviera, además de líneas, bandas brillantes, su espectro de absorción tendría bandas y rayas obscuras.

El principio primero se considera como absolutamente cierto; pero no así los otros dos. Si estos principios fueran ciertos, el espectro propio y el espectro de absorción de un gas serían idénticos, sin otra diferencia que la de ser uno respecto de otro como dos pruebas fotográficas, una negativa y otra positiva, del mismo objeto. Además, el espectro de un gas candente sería siempre el mismo, lo cual no ocurre, puesto que el espectro de la chispa eléctrica, atravesando un gas, no es en todo igual al

producido por el mismo gas candente en una llama de alcohol: las líneas cambian de intensidad y de número.

El espectro ordinario del Sol es una banda continua de colores, surcados por rayas obscuras (espectro de Fraunhofer); lo que indica que la luz del Sol procede de una masa no gaseosa, y atraviesa luego una capa gaseosa (cromosfera, corona), de temperatura inferior al origen de la luz. Pero cuando en los eclipses queda la fotosfera solar cubierta por la Luna, y puede observarse sólo el espectro propio de la cromosfera y fotografiarlo, el resultado obtenido no es un espectro que, sin discusión, pueda tomarse como el inverso del espectro de Fraunhofer.

Dedúcese de esto que los gases, al ser atravesados por la luz, no sólo absorben sus radiaciones continuas, sino que las modifican de algún modo, y no á todos de igual manera.

No actúan, pues, sobre un cuerpo de igual manera todas las radiaciones luminosas, puesto que no reacciona del mismo modo sobre todas ellas: luego cuando se trata de producir un efecto por medio de la luz, no basta indicar de una manera vaga, qué región del espectro ha de actuar en conjunto, sino qué parte de esa región es la especialmente activa, en el sentido ó con relación al fin que se trata de conseguir.

Y esto que se dice de la absorción por los gases, sucede también en la reflexión en los sólidos. Así, por ejemplo, la luz reflejada por la plata pierde parte de sus radiaciones ultravioladas. Han sido, por tanto, estas radiaciones absorbidas por la plata, cuyo estado han tenido que modificar de alguna manera (mecánica, térmica, etc.)

Iluminado un cuerpo por luz blanca, se nos presenta con colores especiales propios del cuerpo. Estos colores son la resultante de los matices reflejados por el cuerpo; los demás matices han sido absorbidos por el mismo.

Es muy posible que nuestro organismo sea muy sensible á determinadas acciones de la luz. Se cuenta que los operarios de las fábricas de material fotográfico acusan modificaciones de carácter, y otras causadas por la acción continua de la luz roja con que trabajan. Aquí cabe una doble interpretación: tales efectos pueden ser causados directamente por la luz roja; pero

también pueden ser debidos á la falta de acción de las otras radiaciones.

Nuestro organismo sufre transformaciones bien sensibles en los cambios de tiempo. Se ha achacado esto generalmente á las variaciones de la presión y de la humedad atmosféricas; pero nada menos cierto. Nuestro organismo es mucho más sensible, pues se adelanta con mucho á los citados instrumentos, que, por otra parte, no siempre indican los cambios del tiempo con antelación. Quizá se hallaría una explicación más admisible de tales fenómenos fisiológicos, en las modificaciones de la luz al atravesar nuestra atmósfera; el espectro de Fraunhofer no tiene solamente las rayas negras ú obscuras correspondientes á la cromosfera (ó atmósfera) solar, sino las debidas á nuestra propia atmósfera. Estas rayas, llamadas, como es bien sabido, *telúricas*, varían sensiblemente según el estado de la atmósfera, y quién sabe si la consiguiente alteración de la luz es la que exacerba los achaques de nuestro organismo, y hasta se hace sensible á las personas sanas por ese estado de pereza de todos conocido.

Muchas otras interpretaciones cabría dar á estos fenómenos, y no deben omitirse al tratar de los efectos terapéuticos de la luz; pero lo que es cierto, es que hay un agente cósmico, hasta ahora desconocido, que actúa con potente energía sobre nuestro organismo, y debe tratarse de descubrirle.

En los establecimientos de Baños se sigue diariamente las modificaciones del viento, temperatura y presión atmosférica. Hasta ahora no se ha sacado gran cosa de estas observaciones, y quizá es llegada la hora, no de prescindir de termómetros, veletas y anemómetros, preciosos juguetes meteorológicos de que se reirán acaso nuestros descendientes, sino de mirar también las rayas telúricas del espectro de absorción de nuestra atmósfera, y también el estado eléctrico de la misma.

(Creo hace tiempo que hay un agente distinto de los conocidos, que es el que nos molesta en grande. Falta el Volta ó el Galvani que lo descubran, y con él expliquen muchas cosas y descubran otras, que quedan tan inexplicadas como sucede ahora con muchas de ellas. Pero ya esto es soñar.....)»

El Sr. Espina trató después de la distinta acción, térmica, química y luminosa principalmente de las fajas roja, violeta y verde de la luz; de las placas preparadas en la fábrica de Lumier; de los efectos fisiológicos de los diversos colores, creyendo que en el rojo hay falta de actividad, como sucede en la obscuridad y en la luz negra, no recibiendo la retina las ondas cortas ó nulas; de la acción de la luz sobre los pigmentos, que se hallan alterados en el sarampión; y de la posibilidad de que el rojo retiniano sea contrarrestado por los ultra-violetas.

Terminó consignando: que era necesario estudiar la Materia Médica del color, así como la acción de los baños de luz; que no son iguales los espectros de la luz solar y de la electricidad; que los rayos violetas calman, y los rojos excitan, según distinguidos observadores; que las condiciones del alumbrado de las poblaciones deben ser objeto de las investigaciones médicas más detenidas; que se han dado casos de personas que sólo podían trabajar con la luz blanca, y de otros con la verde; y que en los manicomios se ha puesto en práctica la acción de los diversos colores para el tratamiento de los enajenados.

El Sr. Codina empezó diciendo, que no participa de los entusiasmos de otros profesores, de dentro y fuera de la Academia, respecto á la beneficiosa acción de la luz roja en la terapéutica de la viruela y del sarampión; que no había obtenido resultado alguno satisfactorio con la obscuridad ni con la luz roja en dichas enfermedades, ni en el Hospital ni en la práctica particular; que lo mismo les había ocurrido á otros distinguidos profesores, según lo habían declarado en Academias y en periódicos; y que en dos casos de sarampión, observados recientemente, en niños de siete y de once años, la enfermedad había seguido un curso rápido y muy benigno, á pesar de no haber hecho uso de los rayos rojos.

Añadió: que el sarampión es la enfermedad de más modalidades clínicas, y que lo mismo que la viruela, tiene un curso cíclico, que difícilmente puede alterarse; y que hay casos leves, graves y gravísimos. Citó una observación de viruela, que empezó con los síntomas más imponentes, pareciendo que se trataba de la variedad hemorrágica, que terminó á los tres días

del modo más satisfactorio, sin llegar á la supuración ni al desarrollo de pústulas; y sostuvo que debíamos ser parcos en alabar la fototerapia en el sarampión, porque su experiencia y la de muchos profesores no confirmaba tales juicios.

El Sr. Codina no cree que la luz roja abrevia la duración del sarampión, ni que el descenso rápido de la fiebre se debe á tal influencia, ni que disminuye el delirio, ni que evita las complicaciones, puesto que en la práctica se ven casos leves y graves con el empleo y con la abstención de los rayos rojos. Dió noticia de casos propios y ajenos en prueba de sus afirmaciones, así como de las investigaciones de Finsen sobre la acción de la luz en la viruela, que fueron contradichas por otros profesores de diversos países; y negó que los rayos ultra-violetas ó químicos sostengan la erupción en el sarampión, porque ésta continúa su curso con la luz roja.

Terminó, manifestando: que no niega que la luz pueda tener alguna influencia en el curso del sarampión; que ni los rayos rojos ni los luminosos son capaces de matar los organismos patógenos; que los químicos ó ultra-violetas son los únicos que pueden ejercer alguna acción; y que, hoy por hoy, carecen de consistencia científica cuantas afirmaciones se hacen sobre la acción terapéutica de la luz en las fiebres eruptivas.

El Sr. Tolosa manifestó: que ha observado buenos efectos de la luz roja en el sarampión, si éste no va unido á la *grippe*, á la colibacilosis ó á otras dolencias, pues en tales casos es de poca importancia su acción terapéutica; que dichos rayos no tienen contra-indicación alguna, y pueden emplearse siempre sin inconveniente; y que en muchos casos se toman, como de sarampión, enfermos que no lo son, pues se trata de alfombrilla, de urticaria ó de afectos análogos.

El Sr. Mariani se felicitó de la intervención de los señores Académicos en este debate, ilustrándole convenientemente; y les dió expresivas gracias, por el honor que habían concedido á su comunicación.

Después sostuvo: que los Hospitales no son el lugar más apropiado para emplear ciertos medios como el de que se trata, pues es difícil tapar puertas y ventanas con telas rojas, como

puede hacerse en las casas particulares; que no es razón para desechar un remedio, el que no se expliquen satisfactoriamente sus acciones, pues esto ocurre con la mayoría de ellos, debiendo contentarnos con los resultados de la experiencia; y que hasta en la escarlatina se dan en la práctica casos tan leves, al parecer, en que, ó no hay fiebre, ó ésta consiste tan sólo en el aumento de unas décimas; no pudiendo quedar duda respecto al diagnóstico, puesto que después se presentan nefritis y albuminurias, que á veces son graves, terminando de modo infausto.

Transcurrido el tiempo reglamentario, y después de haber anunciado el señor Presidente, que la próxima sesión será la última de las iiterarias, por lo avanzado de la estación, se levantó la de hoy.

XIII

SESIÓN DEL 24 DE JUNIO DE 1905

Abierta á la hora señalada, se leyó y aprobó el acta de la anterior.

El Sr. Codina dió lectura del siguiente *Resumen de observaciones de Anquilostomiasis:*

«De nuevo vuelvo á molestar la atención de la Academia con el tema de la *Anquilostomiasis;* pero así como en las sesiones anteriores tuve la honra de exponerla las investigaciones personales que había hecho, particularmente desde el punto de vista de la patogenia, en el día de hoy voy á ocuparme de la *Anquilostomiasis* considerada desde el punto de vista puramente clínico. El aspecto social de la *Anquilostomiasis* ha sido tratado, con la brillantez con que siempre adorna todos sus discursos y todas sus peroraciones, por el Dr. Espina, y seguramente lo tratará, con no menor competencia, el Dr. Larra.

La parte puramente clínica del estudio de la *Anquilostomia-*

sis no es que esté por hacer. Todos los médicos conocen el cuadro clínico de la anemia en general y el de la anemia de los mineros en particular; pero es indudable que el cuadro clínico, por lo que tiene de fundamental en su expresión y de secundario en sus manifestaciones, exige un estudio comparativo de gran número de casos para poder formarse un juicio exacto de los caracteres que particularizan de un modo especial á la anemia citada, ó sea la anemia anquilostomiásica.

No es dudoso que los médicos encargados de prestar sus servicios en las explotaciones mineras son los que tienen más ocasión y se hallan en más abonadas circunstancias para estudiar clínicamente esta enfermedad, por la sencilla razón de que disponen de abundante material clínico. Circunstancias especiales y ajenas por completo á una aptitud que no poseo, han motivado que, sin ser médico de ninguna explotación minera, y, como sabe la Academia, no disponiendo de otros materiales clínicos oficiales que los que existen en mi Sala del Hospital General, pudiera observar en lo que va de curso un gran número de mineros que padecían la anemia anquilostomiásica. Preocupado por el deseo de hacer una revisión del cuadro clínico de esta anemia, para poder señalar con la mayor exactitud posible los rasgos clínicos, los fenómenos patológicos que con más frecuencia y de un modo más particular se manifiestan en esta enfermedad, he procurado estudiar todos estos casos bajo una misma pauta, siguiendo un mismo procedimiento, valiéndome, si así se puede decir, de un mismo programa para cada uno de ellos. Y es indudable que el examen de toda una serie de enfermos, sobre todo si es bastante numerosa, desde un mismo punto de vista, ó siguiendo con rigor un mismo régimen, es la forma que más se presta para sacar deducciones importantes, para señalar, en último caso, estos rasgos fundamentales y secundarios á que antes he hecho referencia. En esto estriba, á mi modo de ver principalmente, el valor inmenso que tiene una casuística, sobre todo si los casos observados se han examinado siguiendo un plan idéntico, puesto que para obtener las deducciones oportunas se cuenta con las condicionales más precisas para que sean fructuosos los resultados es-

tadísticos, es á saber: el que se trate de grandes cantidades de naturaleza homogénea.

En cada una de las observaciones que figuran en este trabajo se hacen constar los datos fundamentales desprendidos del interrogatorio y de la exploración, es decir, todo cuanto pudiera interesar al patólogo, todo cuanto pueda tener algún interés respecto al comienzo, curso y sintomatología en el momento del ingreso en el Hospital.

He procurado no sobrecargar la historiología, suprimiendo cuanto pudiera considerarse sin ninguna clase de valor. De ahí que la historia de las observaciones, en número de cincuenta, que tendré el honor de exponer á vuestra consideración, las haya reunido con el epígrafe de *Resumen de observaciones de Anquilostomiasis*.

He aquí las observaciones:

Observación 1.ª—Hombre de treinta y siete años, casado en terceras nupcias, natural de Linares (Jaén), sin antecedentes hereditarios ni patológicos dignos de mención, ingresa en la sala 29, núm. 6, el día 11 de Septiembre de 1903. Su oficio ha sido el de carpintero de las minas (entivador); sólo ha trabajado en dos minas de plomo y de Linares.

Hace cinco ó seis años comenzó á notar cansancio general y fatiga muscular, que se ha ido acentuando progresivamente hasta hace un año, que empezó, además, á ponerse pálido, á tener palpitaciones al verificar el menor trabajo y á fatigarse al subir cuestas; algunos días se levantaba de la cama con los párpados hinchados y se acostaba con ligero edema maleolar.

En nuestra primera visita le encontramos en el siguiente estado: piel y mucosas muy pálidas; las pupilas, dilatadas, reaccionaban bien á la luz y á la acomodación. Tenía mucho apetito, y no se quejaba de ninguna molestia digestiva; la exploración de este aparato, como la del aparato respiratorio y génito-urinario, acusaban normalidad, excepto en la polaquiuria que tenía desde el principio de su enfermedad. Punta del corazón en el sexto espacio intercostal algo por dentro de la línea mamilar; ligeramente aumentada la zona submaciza del mango del esternón; ruidos normales, pero apagados; sin soplos. No

había ganglios infartados, ni se tocaba el bazo. Tampoco había trastornos del sistema nervioso.

Huevos de anquilostoma en las deposiciones.

Examen de sangre: hematíes, 3,069000; leucocitos, 6.000; hemoglobina, 60 por 100.

Medicación empleada: extracto etéreo de helecho macho.

Anquilostomas expulsados: 27.

Alta pedida; mejorado, pero con huevos en los excrementos, al mes de estar en la Clínica.

Observación 2.ª—Hombre de treinta años, soltero, de Navas de Estena de los Montes (Ciudad Real), ingresa en la Clínica (sala 29, núm. 7) el día 29 de Septiembre de 1903. Su madre murió tuberculosa á los treinta y siete años; su padre está enfermo del pecho, y se le ha muerto un hermanito de dos años, pero no sabe de qué enfermedad. Sólo ha trabajado en las minas de Horcajo (Ciudad Real); su ocupación, la de barrenador.

Hace un año y medio comenzó á fatigarse y á tener accesos de tos seca, acompañados de dolores torácicos y algunos localizados en la región precordial, pero sin enflaquecer y conservando su buen color. A los cuatro meses de encontrarse en este estado, abandonó el trabajo de las minas, y en seguida desaparecieron dichos síntomas. Pasados cinco meses, volvió á trabajar en las minas durante cuatro; en el curso del primero reapareció la tos con tanta intensidad, que provocaba el vómito con frecuencia é iba acompañada de expectoración amarillenta, y en los tres siguientes sumáronse á estas manifestaciones morbosas disnea al subir cuestas, inapetencia, enflaquecimiento y palidez general. En este estado se dedicó después al trabajo del campo; mejoró algo al principio; pero se agravó de nuevo, sin volver á reanudar el trabajo en las minas, y así continuó hasta el día de su ingreso en la Clínica.

Entonces se quejaba de la gran disnea que le acometía al hacer el más insignificante movimiento. No se encontró nada anómalo en el aparato respiratorio. Punta del corazón en el cuarto espacio intercostal en plena línea mamilar; prolongado el primer ruido en los focos de la mitral, tricúspide y pulmonar, dando la impresión, el correspondiente al primero de los tres

focos mencionados, á un soplo breve y áspero; latidos violentos que provocan el falso pulso venoso. Mucho apetito, y absolutamente normal el aparato digestivo. Gran cansancio muscular. Piel y mucosas muy pálidas, de tinte terroso ó céreo; algún infarto ganglionar inguinal y en la región posterior del cuello; no se toca el bazo; cara abotagada; piel, y especialmente la del tronco, con bastante panículo adiposo; no hay edema maleolar. Nada anómalo en el sistema nervioso, excepto las pupilas, muy dilatadas, que reaccionaban bien á la acción de la luz y á la acomodación.

No se encontraron bacilos de Koch en la escasísima expectoración que se pudo recoger.

Orina: densidad, 1,017; urea, 15,768; ácido úrico, 0,52; ácido fosfórico, 1,59. No contenía albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Sangre: hematíes, 2,930000; leucocitos, 12.000; hemoglobina, 50 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Medicación: extracto etéreo de helecho macho.

Anquilostomas expulsados: 32.

Al mes y medio dejamos de ver al enfermo, porque nos encargaron de otra enfermería, y entonces había mejorado mucho su disnea, y había desaparecido el abotagamiento de la cara; pero persistían su mal color y los huevos en los excrementos.

Observación 3.ª—Hombre de treinta y cuatro años, casado, natural de Dalia (Almería), sin antecedentes hereditarios ni propios dignos de mención, ingresa en la Clínica (sala 30, número 19) el día 13 de Marzo de 1904. Su ocupación en las minas ha sido la de barrenador; comenzó á trabajar en ellas á los diez y ocho años; ha trabajado en cuatro de Linares, todas de plomo. Sus primeros síntomas se manifestaron en la llamada *El Romero*, á los cuatro años de trabajar en ella.

La enfermedad data de trece meses. Comenzó por mareos, quebrantamiento general, inapetencia, sed, enflaquecimiento y pérdida del color. A los dos ó tres meses se le presentó edema maleolar y disnea al menor esfuerzo.

A su ingreso se quejaba de mareos, aun estando en reposo;

martilleo grande en las sienes y zumbido constante de oídos; insomnio y pesadillas. Estaba disminuída la agudeza visual, y las pupilas muy dilatadas. Además del quebrantamiento general, sentía dolores en los miembros y particularmente en la región renal. Mucho apetito; pero después de las comidas se le abulta la región epigástrica durante una ó dos horas, sin dolores, vómitos ni pirosis; una deposición diaria; lengua algo saburral en el centro y base; nada anómalo en el abdomen. Polaquiuria y poliuria; orina todas las noches cinco ó seis veces, y en veinticuatro horas elimina unos cuatro litros de orina; calambres de pantorrillas, hormigueo de los dedos, sacudidas eléctricas; no ha tenido epistaxis. Mucha disnea subiendo cuestas, acompañada de intensas palpitaciones. Punta en el sexto espacio intercostal en la línea mamilar; soplo sistólico en la base, siguiendo los troncos vasculares. Tos con expectoración escasa, espumosa y blanca; estertores medianos y sibilantes en el plano anterior y posterior del tórax; decúbito indiferente. Piel pálida, amarillo-verdosa; edemas maleolares y palpebrales.

Orina: densidad, 1,012; urea, 10,848; ácido úrico, 0,22; ácido fosfórico, 1,10. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 3,020000; leucocitos, 5.000; hemoglobina, 55 por 100. Eosinófilos en menor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación: extracto etéreo de helecho macho.

Anquilostomas expulsados: 53.

Día 26 de Mayo. Alta pedida. Muy mejorado, persistían los huevos en los excrementos y un soplo suave y breve en el foco de la pulmonar.

Observación 4.ª—Hombre de veintiséis años, soltero, natural de Linares (Jaén), sin antecedentes hereditarios ni propios dignos de mención, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 20) el día 24 de Abril de 1904. Su ocupación en las minas ha sido la de barrenador; ha trabajado en dos de plomo de Linares (Jaén). Los primeros síntomas de su enfermedad aparecieron al cabo de algunos años de trabajar en la mina llamada *Arrayanes* ó *El Romero*.

La enfermedad data de tres años. Comenzó por quebrantamiento general, palidez de piel y mucosas, mareos, inapetencia y dolores de estómago á todas horas, con vómitos alimenticios á la hora ú hora y media de las comidas, de sabor fuertemente ácido. Durante seis meses vomitó todo cuanto comía y bebía. Después se presentó la disnea de esfuerzo, edemas en las extremidades inferiores, más acentuado por las noches, y cara abotagada por las mañanas; dolor de riñones, insomnio pertinaz y pesadillas.

En este estado, con corta diferencia, excepto los vómitos, que desaparecieron al medio año del comienzo del proceso, lo encontramos el día de su ingreso en la Clínica. Sin embargo, conviene hacer constar que á pesar de su piel pálida, amarillo-verdosa, pupilas dilatadas, de su cansancio general, dolor de riñones y disnea de esfuerzo, no encontramos ningún edema. Además de los mareos, insomnio y pesadillas, tenía sensación de martilleo en las sienes, más acentuado al ejecutar algún movimiento, y zumbido constante de oídos. Inapetencia, mal sabor de boca y sed; la ingestión de la comida provoca quemazón gástrica, sin dolor ni vómito, pero con náuseas y pirosis que amortigua con bicarbonato; deposición diaria normal, lengua saburral, abdomen blando y sin dolor á la presión, hígado aumentado de volumen. Punta del corazón en el quinto espacio intercostal, línea mamilar; ruidos más secos y vibrantes en todos los focos, pero sin ningún soplo. Los demás aparatos no tenían nada de particular.

No se encontraron bacilos de Koch en la escasa expectoración que pudo recogerse.

Orina: densidad, 1,015; urea, 17,20; ácido úrico, 0,30; ácido fosfórico, 1,50. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 3,360000; leucocitos, 4.000; hemoglobina, 55 por 100. Eosinófilos en cantidad normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación: extracto etéreo de helecho macho.

Anquilostomas expulsados: 66.

Día 15 de Junio.—Alta pedida. Desaparecidos todos los sínto

mas subjetivos del aparato digestivo y sistema nervioso; no se fatigaba; pero persistían el color anémico y los huevos en los excrementos.

Observación 5.ª—Hombre de treinta años, soltero, de Lucainena? (Almería), sin antecedentes hereditarios y habiendo padecido la viruela á los diez y nueve años, la fiebre tifoidea á los veinticuatro y una blenorragia á los veintisiete, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 41) el día 30 de Abril de 1904. De los diez y ocho á los veintiséis años fué frenista de un tren de una explotación minera; de los veintiséis á los veintisiete trabajó en el fondo de las minas barrenando ó acarreando mineral; ha trabajado en tres minas de La Carolina y en tres de Linares (Jaén), todas de plomo.

Su enfermedad comenzó hace tres años, trabajando en la mina llamada *San Ignacio* (Linares), por cefalalgia, ruidos de cabeza y de oídos, mareos, quebrantamiento general. Después fueron presentándose los siguientes síntomas: dolor de riñones, edema en los miembros inferiores, disnea al menor esfuerzo, palpitaciones, pérdida muy acentuada de color, insomnio, pesadillas y micciones frecuentes de pequeña cantidad de orina muy obscura. A los dos meses ingresó en el Hospital de Sevilla, donde estuvo tres y empeoró, acentuándosele los mareos y presentándosele dolores agudos de vientre y gran extreñimiento (¿cólico de plomo?) Con un cuadro análogo al del principio llegó á Madrid hace cinco meses, ingresó en otra Clínica, fué diagnosticado de intoxicación por el plomo y se le administró el protoioduro de hierro, el carbón de Belloc y otras preparaciones para combatir una diarrea que databa de ocho meses, la cual desapareció y el enfermo mejoró de color; pero persistieron los demás síntomas.

A su ingreso se quejaba de cefalalgia, ruido de oídos, insomnio, pesadillas, quebrantamiento general y dolor en la región renal izquierda en ocasiones; las pupilas estaban dilatadas. Mucho apetito y digestiones laboriosas, con abultamiento y dolor en la región epigástrica; una ó dos deposiciones normales al día; lengua ligeramente saburral, y dolor á la presión en el epigastrio. No son tan frecuentes las micciones como antes. Palpita-

ciones y disnea al efectuar movimientos de alguna importancia, siendo normal el resultado de la exploración de los aparatos respiratorio y circulatorio. Edema en los maleolos antes de acostarse, que desaparece al día siguiente por la mañana. Piel de la cara morena y mucosas pálidas.

Orina: densidad, 1,029; urea, 23,58; ácido úrico, 0,42; ácido fosfórico, 1,98. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 4,690000; leucocitos, 7.000. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación: extracto etéreo de helecho macho.

Anquilostomas expulsados: 34.

Día 2 de Junio.—Alta pedida. Muy mejorado; pero persistían en abundancia los huevos en las materias fecales.

Observación 6.ª—Hombre de veintitrés años, soltero, natural de Linares (Jaén), sin antecedentes hereditarios, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 1) el día 7 de Mayo de 1904, y se fuga á los pocos días, sin haber recogido otros datos que los siguientes y sin haberle sometido todavía al tratamiento antihelmíntico.

Hace cuatro años tuvo una blenorragia seguida de orquitis, y después tercianas que duraron siete meses. Ha tenido cólicos de plomo en distintas ocasiones, y ataques de histerismo saturnino de las más variadas formas. Hace dos años y medio comenzó á ponerse anémico y á desarrollarse la enfermedad actual.

El resumen de la investigación etiológica, única que pudimos hacer durante su breve estancia en nuestra Clínica, puede concretarse en los siguientes datos: trabajó en las minas desde los trece hasta los veintiún años; sus ocupaciones han sido: pocero, barrenador y vagonero. Ha trabajado en 23 minas, unas de plomo (Ciudad Real, Córdoba, Jaén: *Linares* y *Carolina*), y otras de carbón en Puertollano (Ciudad Real). Los primeros cólicos los tuvo trabajando en la llamada *Demetrio* (Córdoba), y los segundos en la del *Horcajo* (Ciudad Real), donde comenzó á notar los síntomas de anemia á los tres meses de trabajar en ella.

Sangre: hematíes, 3,880000; leucocitos, 7.000; hemoglobina, 65 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en las deposiciones.

Observación 7.ª—Hombre de treinta y seis años, casado, natural de Turón (Granada), sin antecedentes patológicos de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 5) el día 3 de Octubre de 1904. Su ocupación en las minas ha sido la de barrenador; ha trabajado en ocho minas, todas de plomo y de Linares (Jaén), desde los catorce á los treinta y cuatro años. Los primeros síntomas de su enfermedad se manifestaron cuando trabajaba en la mina llamada *Arrayanes*, á los siete meses de trabajar en ella.

Su enfermedad data de dos años y medio; comenzó por fatiga al andar y palidez, y después se manifestaron los demás síntomas, que persisten en el día de su ingreso, y son los siguientes:

Dolores de cabeza frecuentes, mareos y vértigos; duerme bien y tiene mucho sueño; pupilas dilatadas; dolorimiento y adormecimiento en las extremidades, sin alteración de las sensibilidades. Buen apetito; mucosa buco-faríngea muy pálida; dolor epigástrico á las dos ó tres horas de las comidas, con sensación de ardor, lo cual se alivia con el vómito, que siempre es de sabor amargo; de tres á siete deposiciones diarréicas diarias, precedidas de ligeros dolores de vientre; nunca ha vomitado sangre, pero la ha expulsado por el ano, roja y negra; hemorroides y dolor á la presión en el centro del hueco epigástrico. Ligero dolor en la región renal; polaquiuria muy manifiesta; hace seis meses tuvo edemas maleolares y palpebrales que en la actualidad no existen. Aparato circulatorio normal, excepto el primer ruido en el foco mitral, que es algo prolongado. Tos con expectoración escasa; se fatiga mucho subiendo escaleras; decúbito indiferente. Piel terrosa, amarillenta, muy pálida; uñas, encías y conjuntivas exangües.

No se encontraron bacilos de Koch en la escasa expectoración que pudo recogerse.

Orina: densidad, 1,012; urea, 11,84; ácido úrico, 0,28; ácido fosfórico, 1,20. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 2,310000; leucocitos, 9.000; hemoglobina, 50 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma abundantes en los excrementos.

Medicación: eucaliptol y cloroformo.

Anquilostomas expulsados: 133.

Día 1.° de Enero de 1905.—Alta; curado de todas las manifestaciones morbosas y sin huevos en los excrementos.

Observación 8.ª—Hombre de treinta y tres años, casado, natural de Baeza (Jaén), sin antecedentes hereditarios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 8) el día 11 de Diciembre de 1904. A los diez y nueve años tuvo fiebres palúdicas que duraron cuatro meses; el verano pasado tuvo calentura diaria, al parecer palúdica, que curó con la quinina. Su ocupación en las minas ha sido la de barrenador, y ha trabajado en seis, todas de plomo, y de Linares. Los primeros síntomas se manifestaron siendo obrero de la mina *Losalido*, á los dos años de trabajar en ella.

La enfermedad comenzó hace dos años por debilidad en piernas y brazos y por palidez. En Mayo último tuvo un cólico saturnino que le duró una semana, y desde entonces dejó de trabajar como minero. Perdió el apetito y tenía mucha sed: ha tenido tres cólicos más, y desde entonces ha tenido disnea al trabajar y subir escaleras; tos con expectoración algo sanguinolenta en ocasiones; cefalea que le provocaba insomnio; aumento progresivo de la palidez, y hace un mes edema maleolar que desaparecía estando acostado.

A su ingreso se quejaba de cefalalgia frontal continua, y tenía las pupilas dilatadas que reaccionaban normalmente. Buen apetito; dolor sordo y continuo en todo el vientre; extreñimiento pertinaz; delgadísimo cordón azulado en el borde de las encías, y lengua saburral en la base. Orina abundante y polaquiuria, especialmente nocturna. Pulso blando y lento (60 pulsaciones por minuto); ruidos cardiacos apagados. Disnea constante, aun sin hacer ningún esfuerzo; muy poca tos, sin expectoración y sin que se encuentre nada anómalo al hacer la exploración del aparato respiratorio. Debilidad muscular y calambres. Con el dinamómetro señala 25 kilogramos por cada mano

y 35 kilogramos con las dos juntas. Palidez de la piel y mucosas bastante acentuadas; no hay edemas.

Orina sin albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: por el método de Ruge y Zettnow no se comprueba la existencia de hematozoarios de la malaria; hematíes, 4,110000; leucocitos, 5.000; hemoglobina, 80 por 100. Eosinófilos escasísimos.

Huevos de anquilostoma, escasos, en los excrementos.

Medicación empleada: eucaliptol y cloroformo.

Anquilostomas expulsados: 37.

Día 20 de Enero de 1905.—Alta pedida. Curado de la *Anquilostomiasis* (sin huevos en los excrementos) y de todo el cuadro sintomático, excepto la palidez.

Observación 9.ª—Hombre de treinta y dos años, soltero, natural de Hojíjar (Granada), ingresó en la Clínica (sala 30, número 2) el día 18 de Diciembre de 1904. Su padre y un tío paterno murieron tuberculosos, un hermano de pulmonía, y él, desde los diez y seis años, padece catarros con frecuencia. Barrenador en las minas, ha trabajado en diez ó doce, todas de plomo, y de Linares, sintiendo los primeros síntomas de su enfermedad en la llamada *Coto de la Luz*, donde estuvo trabajando más de dos años.

Su padecimiento data de catorce meses, y comenzó por palidez, cansancio, fatiga, dolor en el pecho y garganta, palpitaciones y cefalalgia, ruidos de oídos y dolores abdominales, acompañados de diarrea, que alternaba con extreñimiento. A pesar de todos estos síntomas, más ó menos acentuados, continuó trabajando en las minas hasta el mes pasado, ingresando en la Clínica en el siguiente estado:

No le molesta ninguna clase de dolor y duerme bien; ruidos *de oídos*, y las pupilas, dilatadas y desiguales (más dilatada la derecha), reaccionan normalmente. Buen apetito y deposición diaria; á las tres horas de las comidas se le dilata todo el abdomen; tiene pirosis y siente opresión; mucosa buco-faríngea muy pálida, excepto los pilares anteriores, que están muy enrojecidos; hemorroides que suelen dar sangre en el acto de la defecación. Ligera polaquiuria. Normalidad en los aparatos circula

torio y respiratorio. Cansancio general; con el dinamómetro señala 85 kilogramos con la mano derecha y 60 con la izquierda. Piel muy pálida, blanca, exangüe, como las mucosas; ligero edema palpebral y maleolar.

No se encontraron bacilos de Koch en la expectoración.

Orina: densidad, 1,023; urea, 21,77; ácido úrico, 0,52; ácido fosfórico, 2,48. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 3,030000; leucocitos, 9.000; hemoglobina, 60 por 100. Eosinófilos en proporción normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: eucaliptol y cloroformo.

Anquilostomas expulsados: 168.

Día 21 de Enero de 1905.—Alta pedida. Curado de las manifestaciones sintomáticas, muy mejorado de la palidez y sin huevos en los excrementos.

Observación 10.—Hombre de veintinueve años, casado, natural de Linares (Jaén), sin antecedentes patológicos de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 3) el día 18 de Diciembre de 1904. Ocupado en las minas como barrenador, sólo ha trabajado en tres de plomo, y de Linares, notando los primeros síntomas de su padecimiento en la llamada *Arrayanes*, donde estuvo trabajando cuatro años.

Su enfermedad data de seis años, y comenzó por perder el color y tener algo de fatiga, síntomas que mejoraron, sin desaparecer, durante los tres años que no trabajó en ninguna mina. Al año de reanudar el trabajo en éstas, se le acentuó la palidez y se presentó la disnea de esfuerzo, cansancio general y palpitaciones. Sin mejorar ha continuado todo el año actual, á pesar de no ejercer de minero, ingresando en la Clínica en el siguiente estado:

Dolores frecuentes de cabeza, localizados en las sienes y en la nuca; mareos; no tiene vértigos ni insomnio; pupilas ligeramente dilatadas y reaccionan normalmente; opacidades de la córnea y blefaritis. Buen apetito y normalidad de todo el aparato digestivo, excepto la palidez de la mucosa buco-faríngea y el color muy encarnado de los pilares anteriores. Aparatos

génito-urinario y respiratorio normales. Ligeramente aumentada la submacidez cardiaca, con la punta del corazón en el sexto espacio intercostal y línea mamilar; primer ruido, en el foco de la mitral, prolongado y seguido de un soplo áspero y breve que no se propagaba ni hacia la axila ni hacia el apéndice xifoides; también era prolongado el primer ruido en el foco aórtico. Cansancio general muy acentuado. Piel pálida como las mucosas; no hay edemas.

No se encontraron bacilos de Koch en la escasa expectoración que pudo recogerse en los primeros días.

Orina: densidad, 1,021; urea, 20,73; ácido úrico, 0,47; ácido fosfórico, 2,26. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 2,850000; leucocitos, 5.000; hemoglobina, 55 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma, escasos, en los excrementos.

Medicación empleada: eucaliptol y cloroformo.

Anquilostomas expulsados: 80.

Día 21 de Enero de 1905.—Alta pedida. Curado; sin huevos en los excrementos, pero persiste la palidez.

Observación 11.—Hombre de treinta años, casado, natural de Horcajo (Ciudad Real), ingresa en la Clínica por una *artritis tibio-tarsiana reumática* (sala 30, núm. 18) el día 6 de Enero de 1905. Su padre murió *del pecho*, su madre de una pulmonía, tres hermanos pequeños no sabe de qué enfermedad, y él ha tenido fiebres palúdicas diarias á los diez y siete años durante dos meses. Ha trabajado de barrenador desde los catorce años en seis minas de la provincia de Ciudad Real, cinco de plomo y una de carbón, y en la llamada *Los Jalayos* contrajo unas calenturas irregulares hace dos años y medio que persistieron durante cuatro meses. Hace año y medio se presentaron dolores en las articulaciones de los tobillos, caderas y hombros, que no han desaparecido hasta hace cinco meses, excepto los de las articulaciones tibio-tarsianas, los cuales persisten en la actualidad, con edema periarticular, limitación de movimientos y exageración del dolor al caminar ó estando en pie.

Este enfermo, aunque no estaba anémico ni tenía trastornos

nerviosos, digestivos, respiratorios y circulatorios que pudieran atribuirse á la *Anquilostomiasis*, se le sometió á igual investigación que los anteriores, la cual dió el resultado siguiente:

Orina: densidad, 1,013; urea, 10,24; ácido úrico, 0,29; ácido fosfórico, 1,12. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 5,000000; leucocitos, 8.000; hemoglobina, 70 por 100. Eosinófilos en proporción ligeramente aumentada.

No se encuentran huevos de anquilostoma en los excrementos, y la medicación por el eucaliptol no provoca la expulsión de parásitos.

Observación 12.—Hombre de veinte años, soltero, natural de Linares (Jaén), sin antecedentes patológicos de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 16) el 20 de Enero de 1905. A los quince años comenzó á trabajar dentro de la única mina en que ha prestado sus servicios, llamada *Pozo Ancho*, de plomo; su ocupación ha sido la de barrenador.

Data su enfermedad de un año, y comenzó por perder progresivamente el color, presentándose después los siguientes síntomas: disnea al subir escaleras, palpitaciones al hacer algún ejercicio, mareos, ruidos de oídos, dolores de cabeza, especialmente nocturnos, y dolores en las pantorrillas al caminar. En este estado ha seguido hasta el día de su ingreso en la Clínica, cuyo cuadro sintomático era el siguiente:

Mareos; dolores de cabeza, localizados preferentemente en las sienes y en los ojos, y más intensos por la noche; las pupilas, dilatadas y desiguales (más dilatada la izquierda), reaccionan normalmente; reflejos rotulianos exagerados. Poco apetito; pesadez y dolor epigástrico después de las comidas; náuseas por la mañana al levantarse; mucosa buco-faríngea muy pálida, con pilares anteriores y velo del paladar sonrosados; no hay capa saburral en la lengua. Nada de particular en los demás aparatos, excepto polaquiuria nocturna, palpitaciones, 100 pulsaciones por minuto, disnea de esfuerzo y apagado el murmullo respiratorio con gran resonancia de la voz. Cansancio general, no ha enflaquecido y no hay edemas.

Orina: densidad, 1,021; urea, 20,72; ácido úrico, 0,42; ácido fosfórico, 2,26. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 3,650000; leucocitos, 8.000; hemoglobina, 60 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

No se encontraron huevos de anquilostoma en los excrementos el primer día.

Medicación: eucaliptol y cloroformo.

Anquilostomas expulsados: 109.

Día 17 de Febrero.—Alta pedida. Mejorado; no sabemos si aún existían huevos en las deposiciones, porque no dejó excrementos para ser examinados.

Observación 13.—Hombre de treinta y un años, casado, natural de Villanueva del Río (Sevilla), sin antecedentes patológicos de interés, ingresó en la Clínica (sala 30, núm. 6 crujía) el día 3 de Febrero de 1904. Sólo ha sido minero de los veinticuatro á los treinta años; ha trabajado en cuatro ó seis minas de Linares y otras tantas de La Carolina, todas de plomo, y comenzó á sentirse malo en la llamada *El Castillo* (La Carolina); siempre ejerció de barrenador.

Su enfermedad data de un año y medio, y comenzó por palidez; á los seis meses sentía cansancio y fatiga al menor esfuerzo, mareos y palpitaciones. Persistiendo estos síntomas, ha transcurrido todo el año, que no trabaja en las minas, hasta el día de su ingreso en la Clínica, cuyo cuadro sintomático era el siguiente:

Mareos, pero sin dolores de cabeza ni ruido de oídos; las pupilas, dilatadas, reaccionan normalmente. Buen apetito; digiere bien sin dolores de estómago; sólo alguna noche le duele el vientre; deposición diaria y normal; lengua húmeda y ligeramente saburral en la base; mucosa buco-faríngea muy pálida, con los pilares anteriores encarnados. Nada de particular en los aparatos respiratorio, circulatorio y génito-urinario, excepto la inspiración entrecortada en la región infraclavicular derecha, estar muy apagado el murmullo vesicular en todas partes, las palpitaciones y estar algo prolongados los ruidos del primer tiempo durante la espiración, y de un modo más marcado en

el foco de la tricúspide. Cansancio constante, fuerzas escasas; ha enflaquecido algo, pero no mucho. Piel muy pálida y de tinte pajizo pronunciado, pero no están amarillentas las conjuntivas; no hay edemas.

Orina: densidad, 1,017; urea, 28,05; ácido úrico, 0,34; ácido fosfórico, 1,83. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 3,140000; leucocitos, 5.000; hemoglobina, 52 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: eucaliptol y cloroformo.

Anquilostomas expulsados: 212.

Día 18 de Marzo.—Alta pedida. Curado de la *Anquilostomiasis*, pero persistía la palidez.

Observación 14.—Hombre de treinta y nueve años, casado, natural de Orjiva (Granada), con antecedentes hereditarios desconocidos, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 11) el día 6 de Enero de 1905. A los veintinueve años tuvo tercianas que duraron trece meses y no han vuelto á reaparecer. Desde los diez y seis años está ocupado en las minas, al principio de vagonero y después de barrenador; ha trabajado, cuando menos, en siete, todas de plomo, y de Linares; hace tres años que no trabaja, y los primeros síntomas de su enfermedad se manifestaron ejerciendo su oficio en la llamada *Arrayanes*.

Data su padecimiento de cuatro años, y comenzó mareándose cuando fumaba; al año sintió cansancio general y tuvo vómitos después de comer, sin que perdiera el apetito; se presentaron después mareos, disnea, palidez y dolores en distintas regiones del tronco, y desde hace dos años que tiene edematosos los miembros inferiores. Así ha continuado hasta su ingreso en la Clínica, cuyo cuadro sintomático era el siguiente:

Mareos frecuentes; ruidos de oído constantes; disminución de la agudeza visual, y las pupilas, algo dilatadas, reaccionan normalmente; dolores transitorios en la base del tórax, región renal y abdomen; siente siempre mucho frío. Apetito regular; ahora no tiene vómitos; ardor gástrico y pirosis; dolor de estómago y vientre después de comer; mucha sed y bebe mucha

agua; extreñido; mucosa buco-faríngea muy pálida, con los pilares anteriores sonrosados; ligero dolor á la presión en la región epigástrica; no se toca el bazo. Polaquiuria nocturna. Palpitaciones en reposo y más exageradas en movimiento; punta del corazón en el sexto espacio intercostal por dentro de la línea mamilar; aumentada la zona de macidez cardiaca; prolongado el primer ruido en todos los focos, y en el de la mitral acompañado de un soplo suave que se propaga hacia la axila, el cual también se oye en el de la tricúspide; latidos en el hueco supra-esternal; pulsaciones, 96 al minuto. Algo de tos con escasa expectoración mucosa. Se cansa mucho, ha enflaquecido poco y tiene calambres en las pantorrillas con frecuencia. Piel y mucosas, más que pálidas, exangües; edema de los miembros inferiores al acostarse y palpebral al levantarse.

Orina: densidad, 1,006; urea, 5,92; ácido úrico, 0,14; ácido fosfórico, 0,65. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 1,070000; leucocitos, 10.000; hemoglobina, 30 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma, en pequeño número, en los excrementos.

Medicación empleada: eucaliptol y cloroformo.

Anquilostomas expulsados: 1.130.

Día 9 de Abril de 1905.—Alta. Curado, sin huevos en los excrementos; pero persiste todavía ligera palidez y queda un desdoblamiento del primer ruido en el foco de la mitral.

Observación 15.—Hombre de treinta y seis años, casado, natural de Linares (Jaén) y sin antecedentes hereditarios, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 3) el día 26 de Febrero de 1905. Hace siete ú ocho años tuvo un chancro sifilítico, seguido de infartos inguinales sin supurar, caída del cabello, anginas y placas mucosas; sólo se medicó de un modo irregular é insuficiente durante seis meses; desde hace cuatro años que aqueja con frecuencia dolores en los huesos largos, especialmente por la noche. Desde los diez y ocho años ha tenido intermitentes en distintas épocas. Desde dicha edad hasta hace tres meses ha

ejercido el oficio de minero, unas veces haciendo de barrenador y otras de maderista (*entivador*). Ha trabajado en cuatro minas, todas de Linares y de plomo, y en la de *Arrayanes* comenzó á notar los primeros síntomas de su enfermedad, á los ocho años de trabajar en ella.

Hace dos años comenzó el padecimiento por palidez, mareos y malestar, con hinchazón epigástrica después de las comidas, acompañada de ardor de estómago, pirosis y náuseas, pero sin vómitos. Con breves y poco marcados períodos de mejoría ha llegado al estado actual agravado, quejándose principalmente, el día de su ingreso, de un dolor de hombro, brazo y antebrazo derechos, constante, y que comienza á acentuarse á las cinco de la tarde y persiste intenso toda la noche.

El cuadro clínico del enfermo en dicho día era: dolores de cabeza frecuentes y de predilección nocturna; el dolor referido del miembro superior derecho, sin edemas locales, pero exagerado á la presión de las diáfisis; no tiene vértigos, pero sí mareos frecuentes y ruidos de oídos en el izquierdo, y más por la noche; lleva tres meses de insomnio por los dolores, y tiene pesadillas cuando consigue conciliar el sueño; las pupilas, dilatadas, reaccionan normalmente; reflejos normales; no hay perturbaciones de los sentidos especiales ni de la sensibilidad general, excepto los dolores. Buen apetito; dolor epigástrico que unas veces aparece y otras se calma con la ingestión de comida; pirosis; estreñido; placas mucosas en labios; bóveda palatina ojival; faringe hiperemiada y granulosa; amígdalas hipertrofiadas; dolor á la presión, sin tumoración, en el lado derecho de la región umbilical. Polaquiuria nocturna y dolor de riñones. Palpitaciones al hacer algún esfuerzo; nada anómalo en el corazón, excepto la frecuencia de latidos (96 pulsaciones). Disnea al menor esfuerzo, sin tos ni expectoración. Cansancio general; ha enflaquecido poco. Piel pálida; no hay edemas ni los ha habido; ganglios submaxilares é inguinales infartados; no se toca el bazo.

Orina: densidad, 1,025; urea, 26,90; ácido úrico, 0,56; ácido fosfórico, 2,98. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 3,550000; leucocitos, 10.000; hemoglobina, 60 por 100. Eosinófilos en gran proporción, superior á la normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: eucaliptol y cloroformo; mercurio y ioduro potásico.

Anquilostomas expulsados: 283.

Día 14.—Alta. Curado; sin huevos en los excrementos y sin manifestaciones sifilíticas.

Observación 16.—Hombre de veintiocho años, soltero, natural de Linares (Jaén), sin antecedentes hereditarios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 5) el día 14 de Marzo de 1905. A los once años padeció tercianas que duraron seis meses; á los doce años tuvo una pulmonía, y á los catorce sufrió varias mordeduras de asno que han dejado extensas cicatrices en ambos antebrazos. Comenzó á trabajar en las minas á los diez y ocho años; fué barrenador y después entivador, y sintió los primeros síntomas en la mina *Arrayanes* á los siete ú ocho meses de trabajar en ella; ha trabajado en seis minas, todas de plomo y de Linares.

Comenzó su padecimiento hace dos años por palidez y abotagamiento de la cara al levantarse; después tuvo dolores en las rodillas sin hinchazón; picores en todo el cuerpo, especialmente en los miembros inferiores; mareos, con pérdida de conocimiento algunas veces; ruidos de oídos, fatiga y palpitaciones. Así continuó empeorando progresivamente hasta el día de su ingreso en la Clínica, cuyo cuadro morboso era el siguiente:

Ruidos de oídos constantes, mareos frecuentes, pupilas normales, no hay insomnio, pesadillas. Buen apetito, ardor gástrico y pirosis especialmente después de las comidas; no hay dolor espontáneo ni á la presión en ninguna región del abdomen; no hay bazo; lengua limpia; mucosa buco-faríngea muy pálida, excepto los pilares anteriores. Dolor frecuente de riñones; no hay polaquiuria. Normales los aparatos circulatorio y respiratorio, excepto la bradicardia (58 pulsaciones). Gran cansancio; no ha enflaquecido. Mucosas muy pálidas, lo propio que la piel, que además tiene un tinte amarillento.

Orina: densidad, 1,029; urea, 24,40; ácido úrico, 0,65; ácido fosfórico, 2,71. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 3,020000; leucocitos, 9.000; hemoglobina, 42 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: eucaliptol y cloroformo.

Anquilostomas expulsados: 236.

Día 14 de Mayo de 1905.—Alta. Curado; sin huevos en las deposiciones, sin palidez ni ningún otro fenómeno patológico.

Observación 17.—Hombre de veintisiete años, natural de Linares (Jaén), sin antecedentes hereditarios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 1) el día 21 de Marzo de 1905. En su infancia tuvo la viruela, sarampión y anginas, y á los diez y seis años tercianas durante un mes. A la edad de nueve comenzó á trabajar en la superficie de las minas, y desde los diez y nueve hasta el 15 del mes corriente en el fondo; su ocupación fué la de vagonero, y últimamente de entivador. Los primeros síntomas de su enfermedad se manifestaron en *Arrayanes*, á los cuatro años de trabajar en esta mina; ha trabajado en cuatro, todas de Linares y de plomo.

Comenzó el proceso hace cuatro años con pérdida de fuerzas y de color y mucha acidez gástrica después de las comidas. Estos síntomas fueron acentuándose hasta el punto de que en 1904 estuvo ocho meses sin trabajar, y merced á los preparados marciales mejoró algo y pudo de nuevo dedicarse á sus ocupaciones; pero á los tres meses se agravó de nuevo, y así ha continuado hasta el momento de ingresar en la Clínica, cuyo cuadro patológico era el siguiente:

Mareos al ejecutar movimientos de flexión y extensión de la cabeza, ruidos de oídos, insomnio, y las pupilas, dilatadas, reaccionan normalmente. Poco apetito, pesadez y acidez gástrica después de las comidas; vómitos alguna vez; una deposición normal diaria; lengua limpia y húmeda y muy pálida, como toda la mucosa buco-faríngea, excepto los pilares anteriores; no hay bazo. Ligera polaquiuria nocturna. Palpitaciones al caminar y dolores torácicos; punta del corazón en el quinto espacio intercos-

tal algo por fuera de la línea mamilar; ligeramente aumentada la macidez precordial; desdoblado el primer ruido en los focos de la mitral y de la tricúspide, más evidente en este último; soplo áspero y breve que subsigue al primer ruido en el foco de la pulmonar, sin que se propague por los vasos, pero sí hasta el foco aórtico. Fatiga intensa al caminar; sin tos ni expectoración ni anomalías á la percusión y á la auscultación. Cansancio general, pero no ha enflaquecido. Piel pálida, como las mucosas, y de tinte céreo; uñas blancas; no hay ni ha habido edemas en los miembros inferiores, pero sí en los párpados y en la cara.

Orina: densidad, 1,017; urea, 16,78; ácido úrico, 0,38; ácido fosfórico, 1,83. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 2,120000; leucocitos, 5.000; hemoglobina, 35 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: eucaliptol y cloroformo.

Anquilostomas expulsados: 429.

Día 14 de Mayo de 1905.—Alta. Curado, sin huevos en los excrementos; persiste bastante marcada la palidez, y aun se oye un ligero desdoblamiento del primer ruido en los focos mitral y tricúspide.

Observación 18.—Hombre de treinta años, casado, natural de Linares (Jaén), ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 17) el día 22 de Marzo de 1905. Se le han muerto dos hermanos, de pocos meses, de *ataque cerebral*, y un hermano de treinta años tísico; él tuvo la viruela á los siete años, tercianas á los veintidós durante catorce meses y blenorragia á los veintitrés. Comenzó á trabajar en las minas á los trece años en la superficie, y desde los diez y ocho en el fondo; ha sido sucesivamente vagonero, barrenador y entivador. Sus primeros síntomas se los observó en la mina *San Miguel* al año de trabajar en ella; ha trabajado en cinco, todas de plomo y de Linares.

Data su enfermedad de unos once años, y comenzó por palidez y cansancio; con los ferruginosos obtenía períodos de mejoría en todos los síntomas; pero desde hace tres años se presentaron pesadez, fatiga, palidez más acentuada, mareos, rui-

dos de oídos, dolores de vientre con ardor gástrico, edemas maleolares y palpebrales y palpitaciones, síntomas que apenas modificaban ligeramente los preparados marciales, ingresando en la Clínica en el siguiente estado:

Sin dolores de cabeza ni mareos; sólo ruidos de oídos de vez en cuando; las pupilas, dilatadas, reaccionan bien; reflejo rotuliano normal. Muy poco apetito; dolor epigástrico, con ardor y acidez inmediatamente después de comer; se pasa tres y cuatro días sin evacuar el vientre; lengua cubierta de espesa capa saburral; mucosa buco-faríngea muy pálida, especialmente la palatina; línea delgada azulado-negruzca en el borde libre de las encías; dolor á la presión en el epigastrio y algo en el hipocondrio izquierdo, donde se toca el polo inferior del bazo; abdomen ligeramente dilatado en la zona supra-umbilical. Polaquiuria nocturna manifiesta. Palpitaciones al caminar y estremecimiento de la región precordial; punta del corazón en el sexto espacio intercostal por fuera de la línea mamilar; aumentada el área de macidez cardiaca en sus diámetros vertical y horizontal; soplo suave sistólico en el foco de la mitral que se progaga hacia la axila; el primer ruido en los restantes focos es muy prolongado; latidos carotídeos violentos. Mucha disnea, sobre todo al andar y más al subir cuestas; tos sin expectoración y en forma de accesos; algunos estertores sibilantes en el plano anterior; gran resonancia de la voz en las regiones supra-espinosas é infra-claviculares; murmullo vesicular muy apagado en la base del pulmón derecho. No hay enflaquecimiento, pero en cambio es acentuado el cansancio y el deseo de no moverse para nada. Piel pálida, amarillo-cérea, con regular panículo adiposo; edemas no muy manifiestos en los miembros inferiores y en la cara, pero muy acusado en los párpados; infartos ganglionares en ambas ingles y en las regiones laterales y posterior del cuello y en las supra-claviculares.

Orina: densidad, 1,015; urea, 14,80; ácido úrico, 0,34; ácido fosfórico, 1,62. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 2,610000; leucocitos, 10.000; hemoglobina, 45 por 100. Eosinófilos algo aumentados.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: eucaliptol y cloroformo.

Anquilostomas expulsados: 506.

Día 14 de Mayo de 1905.—Alta. Curado; sin huevos en los excrementos; persiste un grado muy ligero de palidez; estremecimiento de la región precordial insignificante y prolongado el primer ruido en el foco de la mitral.

Observación 19.—Hombre de cincuenta años, casado, natural de Hillar (Almería), sin antecedentes hereditarios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 22) el día 30 de Marzo de 1905. A los veintidós años tuvo tercianas durante siete meses. Desde los once años que trabaja en las minas, lo mismo en la superficie que en el fondo; en los diez años primeros fué barrenador, después contratista y ahora empleado para revisar las labores en el fondo. Sólo ha trabajado en dos minas, las dos de plomo: una de Cartagena (Murcia) y otra de Linares; en ésta, llamada *Coto de la Luz*, sintió los primeros síntomas á los veintiún años de trabajar en ella.

Su enfermedad data de nueve años, y, al parecer, comenzó por cólicos de plomo que tuvo durante veintidós meses; después mejoró bastante, persistiendo la palidez y el cansancio general; pero hace un año empeoró visiblemente, sintió mareos, ruidos de oídos, cansancio más acentuado, progresó la palidez; se presentaron dolores de estómago con acidez, seguidos durante cuatro meses de vómitos de líquidos muy agrios á las tres horas de haber comido, y empeorando de día en día ha llegado á la Clínica en el siguiente estado:

Pocos dolores de cabeza; muchos mareos, ruidos de oídos, insomnios y pesadillas; dolores sordos en las extremidades inferiores, acompañados de picores, que fueron precedidos, antes de su ingreso, de un eritema seguido de una erupción de vesiculitas. Esta erupción tenía una duración total de ocho días, no dejaba costras en pos de sí y se presentaba por brotes sucesivos; ligero estrabismo interno del ojo derecho, con manchas en la córnea; pupila del ojo izquierdo, algo dilatada, reacciona bien. Inapetencia absoluta; dolor de estómago constante, que se exagera al tomar alimento y que va acompañado de ardor y vó-

mitos de líquidos agrios á las tres ó cuatro horas; de cuatro á seis deposiciones diarréicas diarias; lengua algo saburral; mucosa buco-faríngea muy pálida, excepto los pilares y la úvula, que están muy encarnados; dolor á la presión en el epigastrio, en el cual se nota la propagación de los latidos cardiacos; abdomen blando y abarquillado; no se toca el bazo. Dolor en la región renal; no hay polaquiuria. Nada anómalo en el circulatorio y respiratorio, excepto la frecuencia de pulsaciones (96) y la disnea acentuada al caminar. Enflaquecimiento notable, con acentuada atrofia de las masas musculares; cansancio muy acusado. Piel blanco-amarillenta, con más tinte céreo que blanco; mucosas exangües, lo propio que las uñas; no hay edemas palpebral ni maleolar; ganglios inguinales y supra-claviculares infartados.

Orina: densidad, 1,025; urea, 38,43; ácido úrico, 0,56; ácido fosfórico, 4,27. No hay albúmina, glucosa ni materias biliares; se ven algunos cilindros hialinos, y alguno ligeramente granuloso.

Sangre: hematíes, 2,860000; leucocitos, 8.000; hemoglobina, 45 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal. Mayor blandura del estroma de los hematíes.

Huevos de anquilostoma en escaso número en los excrementos.

Medicación empleada: eucaliptol y cloroformo.

Anquilostomas expulsados: 9.

Día 22 de Abril de 1905.—Fugado. Se encontraba en idéntico estado que en el día de su ingreso, siendo de notar que la cantidad diaria de orina eliminada osciló entre 200 y 450 gramos, sin haber albuminuria ni edemas.

Observación 20.—Hombre de veinticinco años, soltero, natural de Ecija (Almería), sin antecedentes hereditarios ni propios de interés, excepto una erisipela facial á los veinte años y una blenorragia á los veintidós, ingresa en la Clínica (sala 30, número 18) el día 1.° de Abril de 1904. Sólo ha trabajado un año en las minas (de los veintitrés á los veinticuatro años) y en número de seis, descontando aquéllas en que no ha trabajado más de una semana; su ocupación ha sido siempre la de barrena-

dor, y se sintió enfermo en la llamada *Coto de la Luz;* todas las minas eran de plomo y de Linares.

Su enfermedad data de trece meses, y comenzó por cefalalgia, mareos, ruidos de oídos, palidez y cansancio general; después se presentaron dolores de estómago antes de las comidas, con ardor gástrico y sin vómitos; también ha tenido dolores abdominales, acompañados de extreñimiento, que desaparecían después de expulsar los excrementos; se pasaba con frecuencia tres ó cuatro días sin defecar. Sin obtener ningún período de mejoría en el transcurso de estos trece meses, ingresó en la Clínica en el siguiente estado:

Cefalalgia frecuente, menos mareos que antes, ruidos de oídos; las pupilas, poco dilatadas, reaccionan bien; no hay insomnio, pero en cuanto queda dormido es presa de grandes pesadillas; los reflejos rotulianos están algo exagerados. Apetito voraz y gran acidez gástrica con dolor, antes de comer, en la región epigástrica, y después de haber comido en las otras regiones abdominales; lengua saburral, seca, muy pálida, como el resto de la mucosa buco-faríngea; ligera línea azulada en el borde de las encías; la presión despierta dolor en la región epigástrica; no se toca el bazo. Polaquiuria, especialmente nocturna. Palpitaciones al menor esfuerzo; taquicardia (112 pulsaciones); disnea, sobre todo al subir cuestas; la percusión y la auscultación no revelan nada anómalo en los aparatos circulatorio y respiratorio. Ha enflaquecido algo y persiste el gran quebrantamiento y cansancio. Piel moreno-pálida; uñas blancas, como las mucosas; sólo tiene ligero edema palpebral.

No hay bacilos de Koch en la escasísima expectoración recogida.

Orina: densidad, 1,015; urea, 14,80; ácido úrico, 0,34; ácido fosfórico, 1,62. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 2,500000; leucocitos, 7.000; hemoglobina, 40 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: eucaliptol y cloroformo.

Anquilostomas expulsados: 419.

Día 1.° de Julio de 1905.—Alta. Curado de todas las manifestaciones morbosas, incluso la palidez, y sin huevos en los excrementos.

Observación 21.—Joven de diez y siete años, soltero, natural de Linares (Jaén), sin antecedentes hereditarios de interés, ingresa en la Clínina (sala 30, núm. 15) el día 7 de Abril de 1905. Ha tenido dos pulmonías, y á los doce años paludismo diario y tercianario que duró cuatro meses. Comenzó á trabajar en las minas á los diez y seis años; su ocupación ha sido la de barrenador; únicamente ha trabajado en la llamada *Coto de la Luz*, de plomo y de Linares, y á los cuatro meses sintió los primeros síntomas.

Hace ocho meses comenzó su enfermedad por cansancio, palidez, dolores en las sienes, ruidos de oídos, mareos, dolor gástrico y acidez después de las comidas, y diarrea. Este cuadro inicial mejoró dos ó tres veces cuando tomaba preparaciones marciales, sin conseguir un restablecimiento completo, y desde hace tres meses ha ido empeorando progresivamente, hasta llegar al siguiente estado, el día de su ingreso en la Clínica:

Cefalalgias frecuentes de predilecta localización frontal y temporal; mareos en cuanto mueve con alguna rapidez la cabeza; ruidos de oídos; las pupilas, dilatadas, reaccionan bien; dolores vagos en distintas regiones del cuerpo; reflejo rotuliano casi abolido. Inapetencia acentuada y mucha sed; no hay dolor gástrico ni acidez después de comer, pero sí malestar abdominal seguido de deposiciones diarréicas; lengua saburral, algo seca; mucoca buco-faríngea muy anemiada, excepto los pilares y úvula; no se toca el bazo; colon descendente dilatado. Polaquiuria nocturna, menos acusada ahora que antes. Palpitaciones al menor ejercicio; punta en el quinto espacio intercostal en la mamila, con estremecimiento de la pared torácica correspondiente; prolongado el primer ruido en el foco de la mitral y desdoblado el primero en el foco de la pulmonar; latidos intensos en el hueco supra-esternal y en las regiones carotídeas. Fatiga muy intensa en cuanto se mueve; tos muy poca, sin expectoración; nada anómalo á la percusión y auscultación de los pulmones, excepto un ligero soplo espiratorio en las regiones

infra-claviculares. Ha enflaquecido poco, cansancio extraordinario y gran dejadez corporal. Piel muy blanca, con ligero tinte céreo; edema de los miembros inferiores al acostarse, que ha desaparecido por la mañana, y palpebral al levantarse.

Orina: densidad, 1,012; urea, 12,84; ácido úrico, 0,27; ácido fosfórico, 1,30. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 3,287000; leucocitos, 4.000; hemoglobina, 55 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal; se observó mayor blandura del estroma de los eritrocitos en los preparados frescos, y menor tendencia á reunirse en pilas.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: eucaliptol y cloroformo.

Anquilostomas expulsados: 233.

Día 5 de Junio de 1905.—Alta. Curado; sin huevos en los excrementos ni otros fenómenos patológicos, excepto la palidez, todavía muy marcada.

Observación 22.—Hombre de cuarenta y siete años, casado, natural de Linares (Jaén), sin antecedentes hereditarios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 1 crujía) el día 12 de Abril de 1905. A los treinta y cinco años tuvo intermitentes palúdicas que duraron nueve meses. A los veinte años comenzó á trabajar en la mina de *Arrayanes*, primero de barrenero y después de entivador, y en ésta contrajo la enfermedad á los treinta y cinco años de trabajar en ella.

Data su padecimiento de dos años, y comenzó por palidez, cansancio, ruidos de oídos, mareos, cefalalgias y dolores de estómago con acidez gástrica; al año se presentaron edemas en los miembros inferiores y cara, que persistieron durante dos meses; hace dos meses recibió un golpe en la cabeza, y desde entonces se le han acentuado todos los síntomas, especialmente el cansancio y la fatiga, hasta llegar al estado actual, cuyo cuadro clínico es el siguiente:

Dolores frecuentes de cabeza en las regiones occipital y temporales, ruidos de oídos, mareos; no hay insomnio ni pesadillas; pupilas normales. Buen apetito; no hay sed; ligero dolor epigástrico después de las comidas; pirosis; deposición diaria

y normal; lengua húmeda, con escasa capa saburral; mucosa buco-faríngea no muy pálida; dolor á la presión, poco acentuado, en la región epigástrica; no se toca el bazo. Dolor de riñones y ligera polaquiuria nocturna. Palpitaciones al menor esfuerzo; punta del corazón en el quinto espacio intercostal y en la línea mamilar; prolongado el primer ruido en el foco de la mitral, y se propagan los ruidos cardiacos por ambas bases pulmonares. Mucha tos; expectoración mucosa y aireada abundante; fatiga intensa, sobre todo al subir escaleras; ligero soplo espiratorio en ambos vértices; gran resonancia de la voz en todos los ámbitos pulmonares, y estertores medianos diseminados. Ha enflaquecido algo, y persiste acentuada debilidad muscular. Piel de color pálido amarillento no muy marcado; ahora no hay edemas; cicatriz reciente en forma de C en el lado derecho de la parte superior de la región frontal.

No hay bacilos de Koch en los esputos.

Orina: densidad, 1,018; urea, 25,62; ácido úrico, 0,41; ácido fosfórico, 2,84. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 3,350000; leucocitos, 7.000; hemoglobina, 55 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: eucaliptol y cloroformo.

Anquilostomas expulsados: 279.

Día 3 de Junio de 1905.—Alta. Curado; sin huevos en los excrementos y sin manifestaciones patológicas en ningún aparato.

Observación 23.—Hombre de veinticuatro años, soltero, natural de Linares (Jaén), sin antecedentes hereditarios ni personales de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 8) el día 13 de Abril de 1905. Empezó á trabajar en el fondo de la mina á los diez y nueve años; sólo ha trabajado de barrenero en una, en la de *San Adrián,* de plomo y de Linares, y en ella se sintió enfermo hace seis meses.

Su padecimiento comenzó por cansancio general y palidez, sin trastornos digestivos; á los dos meses se manifestó por primera vez la tos, acentuándose de día en día todos los síntomas

y presentándose otros nuevos, hasta que ha llegado al estado actual, cuyo cuadro clínico es el siguiente:

Mareos, ruidos de oídos frecuentes é intensos, algo de insomnio sin pesadillas. Muy poco apetito, algunos vómitos sin acidez ni dolores gástricos, lengua ligeramente saburral, mucosa buco-faríngea muy pálida, excepto los pilares; no se toca el bazo. No hay polaquiuria ni dolor de riñones. Punta del corazón en el quinto espacio intercostal; ruidos reforzados y sin soplos; palpitaciones al menor ejercicio. Gran disnea, hasta en reposo; mucha tos y expectoración abundante moco-purulenta; el plano anterior (lado izquierdo) es submacizo; están aumentadas las vibraciones torácicas y la resonancia de la voz; hay crujidos, soplo ligeramente anfórico y pectoriloquia afona; síntomas análogos en el plano posterior del mismo lado; en el lado derecho respiración pueril y aumento de vibraciones. No ha enflaquecido, y siente extraordinario cansancio muscular. Piel muy pálida y amarillenta, mucosas y uñas exangües, infartos ganglionares en ingles y región posterior del cuello; cara abotagada, ligero edema general y muy acentuado en los miembros inferiores, particularmente en el derecho, donde el edema es duro, blanco y muy doloroso, y data de unos tres días; además, se nota un cordón duro y doloroso en el tercio superior de la cara antero-interna del muslo.

Bacilos de Koch, $^{30}/_{1}$ en la expectoración.

Orina: densidad, 1,013; urea, 12,83; ácido úrico, 0,29; ácido fosfórico, 1,40. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 3,050000; leucocitos, 14.000; hemoglobina, 28 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: eucaliptol y cloroformo primero, y más tarde naftol β.

Anquilostomas expulsados: 122.

Día 21 de Junio de 1905.—Muerte por tuberculosis pulmonar.

Autopsia.—Diagnóstico de la enfermería: *Anquilostomiasis* y

bronco-neumonía fímica, con cavernas en el lóbulo superior izquierdo; flebitis del miembro inferior derecho; después, del izquierdo.

Inspección exterior del cadáver: En el tórax se perciben huellas antiguas de botones de fuego. En los miembros inferiores un edema considerable.

Cavidad torácica: Los pulmones aparecen á la vista azulado-negruzcos, y al tacto se nota la existencia de granulaciones por todos los lóbulos. En el izquierdo y en su lóbulo superior, apreciamos la existencia de cavernas en número de seis á ocho, y del tamaño de una avellana la más pequeña; y como un huevo pequeño de paloma las mayores. En el pericardio hay derrame en pequeña cantidad; el miocardio hipertrofiado y del color de hoja seca de tabaco. No hay lesiones valvulares, hallándose en buen estado el endocardio.

Cavidad abdominal: Abierta la pared abdominal, nos encontramos con unas vísceras muy pálidas é isquemizadas. El estómago está notablemente dilatado y muy pálido. El duodeno, también pálido, no contenía ningún anquilostoma. El yeyuno, al contrario del estado de las otras vísceras, está congestionado en una longitud de dos metros 60 centímetros; lo abrimos en toda esta extensión, y tampoco encontramos ningún anquilostoma. Hígado muy pálido y sin alteraciones de volumen.

Miembros inferiores: Puestas al descubierto las venas safenas, nos dan al dedo la sensación de un cordón macizo y duro; se cortan gruesas colaterales y no dan sangre. Cortadas las safenas, apreciamos un proceso inflamatorio y obliterante de la túnica interna, mucho más acentuado en el lado izquierdo que en el derecho, puesto que en aquél el coágulo estaba íntimamente adherido á la superficie interna y obliteraba por completo la luz del vaso. Nada anómalo en las arterias femorales.

Los señores Académicos pueden comprobar los caracteres mencionados en las piezas patológicas que tengo el honor de presentar.

Observación 24.—Hombre de veintisiete años, casado, natural de Berja (Almería), sin antecedentes hereditarios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 43) el día 15 de Abril

de 1905. A los diez y siete años fué á la Isla de Cuba, donde estuvo treinta y tres meses, y tuvo el vómito, la fiebre amarilla y una blenorragia; regresó pálido y flaco, pero aquí se puso fuerte y recobró el color. Desde los ocho años que trabaja en las minas, y en el fondo desde los doce, ha sido barrenador; se sintió malo, en la llamada *San Miguel*, á los tres años de trabajar en ella; ha trabajado en siete, todas de Linares y de plomo.

Su padecimiento data de catorce meses y comenzó por palidez y cansancio general; después ha tenido algunas veces dolor de cabeza y zumbido de oídos; no ha tenido alteraciones gástricas. Ha continuado, con corta diferencia, hasta el día de su ingreso, cuyo cuadro clínico era el siguiente:

No presentaba ningún fenómeno del sistema nervioso: sólo las pupilas estaban ligeramente dilatadas. Aparato digestivo normal, excepto la palidez de la mucosa buco faríngea, lo propio que el aparato urinario. Punta del corazón en el quinto espacio intercostal, en la mamila, con estremecimiento de la pared torácica; aumentados los diámetros del área maciza del corazón; prolongado el primer ruido en los focos de la mitral, tricúspide y pulmonar; en este último parece que va seguido de soplo; palpitaciones al hacer ejercicio. Fatiga intensa al caminar, algo de tos y de expectoración, algún estertor sibilante en la base del pulmón derecho, aumento de vibraciones torácicas en todos los planos torácicos. No ha enflaquecido y se queja de gran cansancio muscular. Piel pálida, con ligero tinte pajizo, pero con algún color sonrosado en las mejillas; mucosas pálidas; sólo hay un ligero edema palpebral.

No se han visto bacilos de Koch en la expectoración.

Orina: densidad, 1,018; urea, 17,78; ácido úrico, 0,41; ácido fosfórico, 1,94. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 2,340000; leucocitos, 8.000; hemoglobina, 55 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: eucaliptol y cloroformo.

Anquilostomas expulsados: 214.

Día 15 de Mayo de 1905.—Fugado. Curado de todos los fe-

nómenos morbosos, excepto de la palidez; no había huevos en los excrementos.

Observación 25.—Hombre de veinticinco años, casado, natural de Linares (Jaén), con el antecedente de que su padre murió anémico, y sin antecedentes personales de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 27) el día 18 de Abril de 1905. Comenzó á trabajar en las minas, y en el fondo, á los catorce años; sólo ha trabajado en dos de plomo y de Linares; primero fué barrenador y después entivador; se sintió enfermo, en *La Tortilla*, á los siete años de trabajar en ella.

Data su enfermedad de tres años, y comenzó por cansancio general, palidez, inapetencia, dolor y acidez gástricos después de las comidas y fatiga, síntomas que se han ido acentuando hasta llegar al estado actual, cuyo cuadro clínico es el siguiente:

No hay fenómenos por parte del sistema nervioso, excepto la dilatación pupilar. Inapetencia absoluta, mucha sed, acidez gástrica, sin dolores ni vómitos; deposición normal diaria; mucosa buco-faríngea muy pálida, excepto los pilares anteriores; no se toca el bazo, ni hay dolor á la presión en ninguna región abdominal. Aparato urinario normal. Palpitaciones al menor esfuerzo; punta del corazón en el quinto espacio intercostal por fuera de la línea mamilar; ligero estremecimiento de la región precordial; latidos en el hueco supra-esternal; ruidos normales; no hay soplos; 56 pulsaciones. Mucha fatiga al andar; nada anómalo en el aparato respiratorio, excepto algún estertor mucoso. Cansancio muscular muy pronunciado; ha enflaquecido algo. Piel muy pálida, de tinte pajizo; mucosas y uñas exangües; infarto poli-ganglionar bi-inguinal; no hay ni ha habido edemas.

Sin bacilos de Koch en la escasa expectoración obtenida.

Orina: densidad, 1,022; urea, 21,71; ácido úrico, 0,50; ácido fosfórico, 2,88. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 4,525000; leucocitos, 8.000; hemoglobina, 65 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: eucaliptol y cloroformo.

Anquilostomas expulsados: 203.

Día 2 de Junio.—Alta. Curado; sin huevos en los excrementos, ni manifestaciones patológicas en ningún aparato.

Observación 26.—Hombre de treinta y ocho años, casado, natural de Linares (Jaén), sin antecedentes hereditarios de interés, y habiendo padecido fiebres palúdicas á los veintitrés años, durante dos meses, ingresa en la Clínica (sala 30, número 24) el día 23 de Abril de 1905. Comenzó á trabajar en las minas á los once años en la superficie, y en el fondo á los veintinueve; primero fué barrenero, después entivador y, desde hace tres años, pocero; ha trabajado en tres minas, todas de plomo y de Linares, y enfermó en la llamada *San Miguel*, á los seis años de trabajar en ella.

Su padecimiento data de tres meses, y comenzó por inapetencia, fatiga al andar, cansancio general, y después se presentaron náuseas, dolores y acidez gástricos, mareos, cefalalgias y ruidos de oídos. Acentuándose todo el cuadro sintomático, ha llegado al estado actual con el siguiente:

Cefalalgia, mareos, ruidos de oídos, sueño intranquilo, pesadillas, reflejo rotuliano normal en el lado izquierdo y casi desaparecido en el derecho; las pupilas, dilatadas, reaccionan normalmente. Muy poco apetito, mucha sed, mal sabor de boca, dolor y acidez gástricos después de las comidas, movimiento intestinal cada dos días, lengua ligeramente saburral y húmeda, mucosa buco-faríngea muy pálida, excepto los pilares; dolor á la presión en el epigastrio; no se toca el bazo. Aparato urinario normal. Palpitaciones al menor ejercicio; punta del corazón en el sexto espacio intercostal en la línea mamilar; aumentada el área de macidez cardiaca; primer ruido en el foco aórtico muy prolongado y áspero en forma de soplo; latidos en los huecos supra-claviculares, especialmente en el derecho. Fatiga muy intensa, sin nada anómalo en el aparato respiratorio. No ha enflaquecido; gran cansancio muscular. Piel moreno-pálida, mucosas pálidas, uñas sonrosadas, infarto poli-ganglionar bi-inguinal; no hay edemas ni los ha habido.

Orina: densidad, 1,016; urea, 15,79; ácido úrico, 0,36; áci-

do fosfórico, 1,73. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 3,260000; leucocitos, 5.000; hemoglobina; 60 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal. Mayor blandura del estroma en los hematíes y menor tendencia á apilarse.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: eucaliptol y cloroformo.

Anquilostomas expulsados: 339.

Día 15 de Mayo de 1905.—Alta. Fugado; curado, excepto un ligero grado de palidez; el último día de medicación no expulsó ningún anquilostoma, pero no dejó excremento para su análisis.

Observación 27.—Hombre de treinta y un años, casado, natural de la Torre de Pedro-Gil (Jaén), sin antecedentes hereditarios ni propios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, número 8) el día 25 de Abril de 1905. Comenzó á trabajar en la superficie de las minas á los trece años, y en el fondo á los veinticinco; ha trabajado en cuatro de plomo y de Linares; ha sido barrenero, y se sintió enfermo en la llamada *Los Quinientos*, á los cuatro años de trabajar en ella.

Se remonta su enfermedad á un año, y comenzó por palidez, cansancio, fatiga, dolores de vientre, inapetencia, acidez gástrica y vómitos agrios y extreñimiento de unos tres días de duración; después se presentaron cefalalgias, mareos y zumbidos de oídos; todos los síntomas fueron acentuándose, y se presentó además edema palpebral, hasta llegar al día de su ingreso en nuestra enfermería, y entonces presentaba el cuadro clínico siguiente:

Las cefalalgias, mareos y ruidos de oídos son de menor intensidad que en épocas anteriores; insomnio que data de un mes y que ha sido motivado por el gran picor que acompañaba á una erupción maculosa y edematosa, limitada al dorso de ambas manos, casi desaparecida en el día de su ingreso; las pupilas, ligeramente dilatadas, reaccionan bien; normal el reflejo rotuliano del lado derecho, y exagerado el del izquierpo. Bastante apetito, mucha sed, dolor y acidez gástricos después de las comidas, lengua ligeramente saburral y húmeda, mucosa buco-faríngea

no muy pálida, con los pilares encarnados; borde de las encías con una raya obscura azulada muy manifiesta; dolor á la presión en el epigastrio; no se toca el bazo. Aparato urinario normal. Palpitaciones al menor esfuerzo; latidos en el hueco supraesternal; ruidos cardiacos normales y propagados por todo el plano anterior del tórax. Fatiga muy intensa al caminar; murmullo respiratorio apagado, y marcada resonaucia de la voz en las regiones infra-claviculares; algo de tos y de expectoración mucosa. Ha enflaquecido bastante; cansancio muscular muy acentuado. Piel pálido-pajiza; palidez de mucosas y uñas; infarto poli-ganglionar bi-inguinal; no hay edemas, excepto el palpebral, al levantarse de la cama.

Orina: densidad, 1,019; urea, 18,75; ácido úrico, 0,43; ácido fosfórico, 2,05. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 3,387000; leucocitos, 10.000; hemoglobina, 56 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β.

Anquilostomas expulsados: 357.

Día 3 de Junio de 1905.—Alta. Curado; sin huevos en las deposiciones y sin manifestaciones patológicas en ningún aparato.

Observación 28.—Hombre de cuarenta y ocho años, casado, natural de Goda (Jaén), sin antecedentes hereditarios ni propios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 7) el día 27 de Abril de 1905. Comenzó á trabajar en el fondo de las minas á los treinta años; ha sido primero barrenador y después entivador; ha trabajado en cuatro minas, todas de plomo y de Linares; se sintió enfermo, en la llamada *Arrayanes*, á los doce ó trece años de trabajar en ella.

La enfermedad data de cuatro años, y comenzó por cansancio, mareos, ardores gástricos y palidez; con estos síntomas ha continuado hasta el día de la fecha, con transitorias mejorías consecutivas á la administración de purgantes. He aquí resumido el cuadro clínico del día de su ingreso:

No hay otros fenómenos en el sistema nervioso que la exage-

ración del reflejo rotuliano del lado derecho y desigualdad pupilar; más contraída la pupila izquierda que la derecha, las cuales no están dilatadas y reaccionan bien á la luz. Muy buen apepito, sin síntomas de aparato digestivo; deposición normal diaria; mucosa buco-faríngea poco pálida. Dolores constantes en la región renal. Aparato circulatorio normal, excepto las palpitaciones al hacer ejercicio. Disnea muy marcada al subir escaleras, mucha tos, escasa expectoración, ligero soplo espiratorio y gran resonancia de la voz en todos los planos torácicos; no se oyen estertores, y sólo está algo disminuído el murmullo en la base del pulmón izquierdo, donde también está aumentada la resonancia de la voz. No ha enflaquecido; gran cansancio muscular. Piel morena y poco pálida; no hay edemas, y están infartados los ganglios inguinales.

La expectoración no contiene bacilos de Koch.

Orina: densidad, 1,018; urea, 17,76; ácido úrico, 0,41; ácido fosfórico, 1,94. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 3,1755000; leucocitos, 9.000; hemoglobina, 47 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en las deposiciones.

Medicación empleada: naftol β.

Anquilostomas expulsados: 179.

Día 11 de Junio de 1905.—Alta. Curado; sin huevos de anquilostoma en los excrementos; persiste la tos, con escasa expectoración, porque no deja de fumar.

Observación 29.—Hombre de treinta años, soltero, natural de Linares (Jaén), sin antecedentes hereditarios ni personales de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 14) el día 29 de Abril de 1905. Comenzó á trabajar en las minas á los catorce años en la superficie, y desde los veinte en el fondo; sólo ha trabajado en tres, todas de plomo y de Linares; ha sido siempre barrenador, y se sintió enfermo en la llamada *Arrayanes* al año de trabajar en ella.

Data su enfermedad de cuatro años, y comenzó por palidez, cansancio, ruidos de oídos, disminución de apetito, y sin otras alteraciones gástricas ni otros accidentes, excepto un trauma-

tismo en el pie izquierdo, que data de un año y medio y que le ha obligado á permanecer casi constantemente en la cama, ha llegado al estado actual, cuyo cuadro clínico es el siguiente:

Las pupilas, muy dilatadas, reaccionan normalmente; reflejos rotulianos algo exagerados. Poco apetito; dilatación de la región gástrica, con ligero dolor, después de las comidas; tiene *diarrea* hace tres días, y también la ha tenido en otras épocas; lengua húmeda y muy pálida, como toda la mucosa buco-faríngea, excepto los pilares anteriores; línea negro-azulada en el borde de las encías; región epigástrica dilatada, muy sonora á la percusión y ligeramente dolorosa á la presión. Punta del corazón en el quinto espacio intercostal en la línea mamilar; ligero estremecimiento de la región precordial; soplo breve, algo áspero y postsistólico en el foco de la mitral, que no se propaga hacia la axila; soplo prolongado en el primer tiempo, en el foco aórtico, que se propaga á lo largo de los grandes vasos; en los focos de la pulmonar y de la tricúspide se oye alguna vez un soplo sistólico, que parece propagado; palpitaciones poco intensas. Inspiración entrecortada y aumento de resonancia de la voz en la región infra-clavicular derecha; disminución del murmullo y resonancia, también aumentada, en todo el plano posterior derecho, menos en la fosa supra-espinosa; mucha disnea al caminar, y algo de tos seca. Había enflaquecido algo antes del accidente del pie, que le ha retenido en cama. Piel muy pálida, de tinte céreo; palidez en mucosas y uñas muy acentuada; párpados ligeramente edematosos.

Orina: densidad, 1,025; urea, 24,06; ácido úrico, 0,50; ácido fosfórico, 2,30. No hay materias biliares ni glucosa; en cambio hay 0,75 gramos de albúmina, y cilindros hialinos y granulosos.

Sangre: hematíes, 1,960000; leucocitos, 5.000; hemoglobina, 25 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma, con embriones y larvas (*anguillula*), en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β primero, y eucaliptol y cloroformo después y siempre dieta láctea.

Anquilostomas expulsados: 184.

Día 28 de Junio de 1905.—Alta. Curado; sin huevos ni larvas en los excrementos, pero queda prolongado el primer ruido en el foco de la mitral y un soplo suave en el primer tiempo en el foco de la tricúspide, más la palidez bastante acentuada.

Observación 30.—Hombre de treinta y nueve años, casado, natural de Linares, sin antecedentes hereditarios ni propios, excepto el haber padecido cólicos saturninos (?) hace cuatro años, ingresó en la Clínica (sala 30, núm. 88) el día 7 de Mayo de 1905. Comenzó á trabajar en las minas á los veinte años; ha sido barrenador y después entivador; ha trabajado en siete minas, todas de plomo y de Linares; se sintió enfermo en la llamada *La Cruz* á los cinco años de trabajar en ella.

Su padecimiento data de dos años, y comenzó por cansancio muscular, palidez, mareos, zumbidos de oídos, fatiga y palpitaciones al ejecutar algún trabajo; acentuándose estos síntomas, y presentándose además hará unos ocho meses edemas en los miembros inferiores, ha llegado al estado actual, cuyo cuadro clínico es el siguiente:

Ruidos de oídos, insomnio y cefalalgias poco intensas; las pupilas reaccionan bien y no están muy dilatadas; reflejos rotulianos exaltados. Poco apetito, sin otros trastornos del aparato digestivo; lengua húmeda, y toda la mucosa buco-faríngea sumamente exangüe; línea azulada en el borde de las encías. Dolor de riñones y polaquiuria diurna y nocturna. Palpitaciones al menor esfuerzo; el examen del corazón sólo descubre un refuerzo de todos los ruidos; latidos no muy intensos en las regiones supra-claviculares y supra-esternal. Se fatiga mucho al caminar; algo de tos con expectoración mucosa por las mañanas al levantarse; normal la exploración, excepto el aumento de las vibraciones torácicas y resonancia de la voz. Ha enflaquecido poco; gran cansancio muscular. Piel muy pálida y morena; mucosas y uñas exangües; ganglios inguinales infartados, y edema de los miembros inferiores.

La expectoración no tiene bacilos de Koch.

Orina: densidad, 1,011; urea, 8,96; ácido úrico, 0,25; ácido fosfórico, 0,98. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 3,120000; leucocitos, 6.000; hemoglobina, 40 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal. El apilamiento fisiológico de los hematíes es defectuoso.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β.

Anquilostomas expulsados: 374.

Día 9 de Junio.—Alta. Curado; sin huevos en los excrementos, pero con la palidez todavía muy acentuada.

Observación 31.—Hombre de veintisiete años, casado, natural de Seportújar (Granada), sin antecedentes hereditarios, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 42) el día 7 de Mayo de 1905. A los diez y ocho años tuvo una pleuresía; intermitentes palúdicas á los diez y nueve, y un chancro venéreo á los veintiuno. Comenzó á trabajar en las minas á los diez y ocho años; fué entivador primero y después barrenador. Ha trabajado en dos minas, las dos de plomo: una de Linares (Jaén) y otra de Escaracejo (Córdoba). Se sintió enfermo en la llamada *Arrayanes* á los seis años de trabajar en ella.

Su padecimiento data de dos años, y comenzó por tos, fatiga y palpitaciones al caminar, palidez, acidez gástrica, estreñimiento, latidos en las sienes, mareos y zumbidos de oídos. Sin intervalos de mejoría ha ido empeorando, hasta llegar al estado actual.

Sólo se queja, ahora, de latidos frecuentes en las sienes; las pupilas, bastante dilatadas, reaccionan bien; reflejos rotulianos ligeramente exaltados. Buen apetito y mucha sed; no hay otros trastornos digestivos, excepto el extreñimiento; lengua ligeramente saburral y húmeda; mucosa buco-faríngea muy pálida, excepto los pilares anteriores. No hay trastornos del aparato urinario. Palpitaciones no muy frecuentes; sólo está desdoblado el primer ruido en el foco de la mitral, y se nota un soplo breve, suave é inconstante en el foco de la tricúspide. Mucha tos; expectoración abundante; aumento de vibraciones y de la resonancia de la voz en la región infra-clavicular derecha; estertores medianos y sibilantes en la región infra-clavicular y fosas supra-espinosas izquierdas; estertores de la misma clase con algún crujido al hacer inspiraciones profundas en las regiones infra-

escapulares. No ha enflaquecido, pero el cansancio muscular es muy exagerado. Piel pálida, como las mucosas; las uñas están sonrosadas; infartos ganglionares en ambas ingles; no hay edemas.

La expectoración no contiene bacilos de Koch.

Orina: densidad, 1,020; urea, 19,74; ácido úrico, 0,45; ácido fosfórico, 2,16. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 4,000000; leucocitos, 10.000; hemoglobina, 45 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β.

Anquilostomas expulsados: 96.

Día 16 de Junio de 1905.—Alta. Curado; sin huevos de anquilostoma en los excrementos y sin soplo en el foco tricúspide; la palidez todavía está bastante pronunciada.

Observación 32.—Hombre de treinta y seis años, casado, natural de Linares (Jaén), sin antecedentes hereditarios ni propios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 36) el día 8 de Mayo de 1905. Comenzó á trabajar en las minas á los diez y seis años; sólo ha sido barrenador; ha trabajado en cuatro, todas de plomo y de Linares; se sintió enfermo en la llamada *San Miguel*, á los once años de trabajar en ella.

Su padecimiento data de dos años, y comenzó por inapetencia, acidez gástrica, náuseas y vómitos después de las comidas; pirosis, dolores de vientre, diarrea, fatiga, mareos, ruidos de oídos, cefalalgia, palidez y gran cansancio muscular. Sin mejorías transitorias ha llegado al estado actual, cuyo cuadro clínico es el siguiente:

Mareos frecuentes é intensos; pocos ruidos de oídos; no hay insomnio, pero sí pesadillas y picores generalizados; las pupilas, algo dilatadas, reaccionan bien, pero la derecha está un poco más dilatada que la izquierda; reflejos rotulianos normales. Buen apetito; mucha sed; acidez gástrica, seguida algunas veces de vómitos y dolores intestinales; diarrea alternando con extreñimiento; lengua saburral y seca; mucosa buco-faríngea muy pálida, excepto los pilares, que están sonrosados; dos man-

chas azulado-morenas del tamaño de un cañamón en la mucosa del carrillo derecho; línea azulada muy tenue en el borde de las encías; algo de dolor á la presión en los hipocondrios, los cuales dan un sonido muy timpánico. Dolor de riñones y polaquiuria nocturna muy acentuada. Palpitaciones al caminar; el examen del corazón no acusa ningún fenómeno patológico. Tos frecuente, expectoración abundante, fatiga al andar, y el examen sólo descubre un aumento de vibraciones torácicas. Ha enflaquecido poco; gran cansancio muscular. Piel pálido-morena; mucosas y uñas exangües; algún ganglio infartado, y no hay edemas.

La expectoración no contiene bacilos de Koch.

Orina: densidad, 1,015; urea, 14,80; ácido úrico, 0,34; ácido fosfórico, 1,62. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 3,160000; leucocitos, 10.000; hemoglobina, 43 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal. Apilamiento de hematíes defectuoso.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β primero, y eucaliptol con el cloroformo después.

Anquilostomas expulsados: 454.

Día 24 de Junio de 1905.—Alta. Curado; sin huevos en los excrementos y sin fenómenos patológicos.

Observación 33.—Hombre de treinta y un años, casado, natural de Linares (Jaén), sin antecedentes hereditarios ni propios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 1) el día 14 de Mayo de 1905. Empezó á trabajar en las minas y en la superficie á los ocho años, y en el fondo á los diez y seis. Ha trabajado en trece, todas de plomo y de Linares. Ha sido acarreador y, por último, barrenador; se sintió enfermo en *Pozo Ancho* á los diez y seis meses de trabajar en ella.

Su enfermedad data de ocho meses, y comenzó por cansancio general, palidez, tos frecuente y acompañada de expectoración y disminución del apetito; dolores y acidez gástricos, especialmente después de las comidas; diarrea, cefalalgias y ruidos de oídos, disnea al caminar y palpitaciones. Acentuándose todos

estos síntomas, ha llegado al día de su ingreso con el cuadro clínico siguiente:

No hay manifestaciones del sistema nervioso, excepto la dilatación pupilar y prurito generalizado, sin ninguna clase de erupción en la piel. Buen apetito y bastante sed; dolor y acidez gástricos después de las comidas, seguidos de vómitos alguna vez; dos ó tres deposiciones diarréicas diarias; lengua normal, sonrosada, y mucosa buco-faríngea poco pálida y con los pilares muy enrojecidos; nada anómalo en el abdomen; dolores de riñones y polaquiuria nocturna. Palpitaciones al caminar; nada anómalo en el centro circulatorio, excepto la prolongación del primer ruido en el foco de la mitral y el estar más apagados los ruidos de la base. Disnea al caminar, inspiración ruda, soplo espiratorio áspero y ruidoso y aumento de resonancia de la voz en las regiones superiores de los planos anterior y posterior del tórax, pero especialmente en el lado derecho, donde la percusión es ligeramente submaciza. Ha enflaquecido algo; gran cansancio muscular. Piel moreno-pálida, con ligero tinte céreo; uñas muy pálidas; párpados ligeramente abotagados; infarto de los ganglios inguinales.

La expectoración no contiene bacilos de Koch.

Orina: densidad, 1,015; urea, 14,80; ácido úrico, 0,30; ácido fosfórico, 1,85. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 3,440000; leucocitos, 8.000; hemoglobina, 47 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β.

Anquilostomas expulsados: 134.

Día 29 de Junio de 1905.—Alta. Curado; sin huevos en los excrementos y sólo queda algo prolongado el primer ruido en el foco de la mitral.

Observación 34.—Hombre de veintinueve años, casado, natural de Linares (Jaén), sin antecedentes hereditarios ni propios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 5) el día 14 de Mayo de 1905. Empezó á trabajar en las minas á los diez y siete años; ha trabajado en tres, de plomo y de Linares. Ha

sido acarreador y después cultivador, y se sintió enfermo en *Arrayanes*, á los once años de trabajar en ella.

Su enfermedad data de un año, y comenzó por fatiga, tos con expectoración abundante, palidez, cansancio general, dolor de cabeza, mareos, ruidos de oídos, dolores y acidez gástricos después de comer y seguidos de vómitos mucosos algunas veces, crisis diarréicas alternando con extreñimiento y palpitaciones. Así ha continuado, acentuándose los síntomas referidos, hasta el día de su ingreso, cuyo cuadro clínico es el siguiente:

Cefalalgia constante; mareos muy frecuentes; ruidos de oídos de vez en cuando; insomnio provocado por el dolor de estómago; pupilas, dilatadas, que reaccionan bien á la luz; reflejos rotulianos normales; prurito generalizado, sin ninguna erupción en el tegumento. Muy poco apetito, mucha sed, dolor y acidez gástricos muy intensos después de las comidas, sin ir seguidos de vómitos; deposición diaria normal, lengua pálida y húmeda, mucosa buco-faríngea muy pálida, excepto los pilares; dolor á la presión en la región epigástrica; no se toca el bazo. No hay dolor de riñones, pero sí polaquiuria. Palpitaciones al hacer esfuerzos; sólo se oye una prolongación muy evidente del primer ruido en el foco de la mitral. Nada anómalo en el aparato respiratorio, excepto la pectoriloquia afona poco manifiesta que se oye en el segundo espacio intercostal derecho, en la prolongación de la línea mamilar. Ha enflaquecido bastante y está muy acentuado el cansancio muscular. Mucosas y uñas muy pálidas, como la piel, que además tiene un ligero tinte amarillento; edema limitado en el párpado superior izquierdo; ganglios infartados en ambas ingles.

La expectoración no contiene bacilos de Koch.

Orina: densidad, 1,014; urea, 13,81; ácido úrico, 0,28; ácido fosfórico, 1,72. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 3,025000; leucocitos, 9.000; hemoglobina, 38 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β.

Anquilostomas expulsados: 289.

Día 1.° de Julio de 1905.—Alta. Curado; sin huevos en las deposiciones y persiste, aunque apenas perceptible, la pectoriloquia afona.

Observación 35.—Hombre de veintidós años, soltero, natural de Linares (Jaén), sin antecedentes hereditarios ni personales que merezcan mencionarse, ingresó en la Clínica (sala 30, núm. 17) el día 14 de Mayo de 1905. Ha trabajado en cuatro minas, dos de Cartagena y dos de Linares, todas de plomo. Comenzó á trabajar en ellas á los catorce años; ha sido acarreador y después entivador. Se sintió enfermo en la llamada *Coto de la Luz*, á los seis meses de trabajar en ella.

Su enfermedad comenzó hace dos años y medio por fatiga, tos con expectoración, cansancio general, mareos, acidez gástrica sin dolores, algo de extreñimiento y palidez. Acentuándose estos síntomas unas veces y mejorando otras, merced á los preparados de hierro, y presentándose edema facial, ha llegado al día de su ingreso con el cuadro clínico siguiente:

No hay ningún fenómeno del sistema nervioso, excepto la dilatación pupilar bastante marcada y la exaltación ligera de los reflejos rotulianos. Muy poco apetito, mucha sed, acidez gástrica, dos deposiciones diarréicas diarias desde hace doce días, lengua ligeramente saburral, mucosa buco-faríngea muy pálida, excepto los pilares, que están ligeramente sonrosados. No hay dolor á la presión en el abdomen, y no se toca el bazo. Polaquiuria nocturna. Palpitaciones muy exageradas al movimiento, sin que el examen descubra nada anómalo en el centro circulatorio. Mucha fatiga, algo de tos con expectoración, inspiración áspera y ligero soplo espiratorio en el vértice del pulmón derecho; percusión maciza, desaparición de las vibraciones torácicas, del murmullo vesicular y de la resonancia de la voz, y abovedamiento manifiesto desde el ángulo inferior del omoplato hacia abajo y desde la columna vertebral á la línea axilar media en el lado izquierdo. Casi no ha enflaquecido; cansancio muscular extraordinario. Piel sumamente pálida, lo propio que las mucosas y las uñas; no hay ganglios infartados; edema facial.

La expectoración no contiene bacilos de Koch,

Orina: densidad, 1,020; urea, 19,75; ácido úrico, 0,41; ácido fosfórico, 2,16. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 3,250000; leucocitos, 7.000; hemoglobina, 34 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β.

Anquilostomas expulsados: 200.

Día 23 de Junio.—Alta. Curado; sin huevos de anquilostoma en los excrementos y normalidad en el hemitórax izquierdo.

Observación 36.—Hombre de veintitrés años, soltero, sin antecedentes hereditarios ni propios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 24) el día 15 de Mayo de 1905. Comenzó á trabajar en el fondo de las minas á los diez y siete años. Ha trabajado en cuatro, de plomo y de Linares. Ha sido barrenador; se sintió enfermo en *Arrayanes* al año y medio de trabajar en ella.

Su enfermedad data de dos años y medio, y comenzó por dolores de estómago y de vientre, en particular después de las comidas; acidez gástrica y diarrea, palidez, mareos, fatiga, algo de tos con expectoración, palpitaciones y cansancio general. En el curso de estos dos años ha tenido algunas mejorías cuando tomaba medicación ferruginosa; cuando se agravaba tenía algunas veces edema facial, llegando al día de su ingreso con el cuadro clínico siguiente:

No hay ningún fenómeno de sistema nervioso, excepto la dilatación pupilar. Normales los aparatos digestivo, urinario y circulatorio; sólo se observa la lengua ligeramente saburral y la mucosa buco-faríngea bastante pálida, excepto los pilares, el velo del paladar y la úvula, que están sonrosados. Mucha fatiga al caminar; algo de tos con expectoración escasa; espiración prolongada y ligero soplo espiratorio en la fosa supra-espinosa y región infra-clavicular derechas. Ha enflaquecido poco; cansancio muscular no muy exagerado. Piel pálida, lo propio que las mucosas y las uñas, aunque la palidez no es muy intensa; ganglios inguinales infartados y ligero edema palpebral.

La expectoración no contiene bacilos de Koch.

Orina: densidad, 1,017; urea, 16,78; ácido úrico, 0,38; ácido fosfórico, 1,84. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 2,960000; leucocitos, 6.000; hemoglobina, 57 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β.

Anquilostomas expulsados: 236.

Día 24 de Junio de 1905.—Alta. Curado; sin huevos de anquilostoma en los excrementos y habiendo recobrado el color normal.

Observación 37.—Hombre de treinta años, casado, natural de Linares (Jaén), sin antecedentes hereditarios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 43) el día 16 de Mayo de 1905. Contrajo un chancro sifilítico á los veinticuatro años, y hace un mes y medio tuvo una monoplegia en el miembro superior derecho, parálisis facial derecha y afasia, de todo lo cual mejoró á las tres semanas con medicación que no precisa el enfermo. Empezó á trabajar en las minas á los veintiún años; ha trabajado en cuatro, de plomo y de Linares; ha sido barrenador y después entivador; se sintió enfermo en *Arrayanes*, á los dos años de trabajar en ella.

Su enfermedad data, según el enfermo, de cinco años (?) y comenzó al año del chancro sifilítico por mareos, malestar general, palidez y acidez gástrica algunos días, llegando al día de su ingreso con el cuadro clínico siguiente:

Dolor de cabeza localizado en la región fronto-temporal izquierda, con ruido de oídos en el mismo lado; mareos desde hace el mes y medio en que tuvo el accidente cerebral; persiste algo de hormigueo en el miembro superior derecho; la fuerza dinamométrica es de 100 y 85, respectivamente, en las manos derecha é izquierda; ligera dificultad de pronunciación; pupilas, bastante dilatadas, que reaccionan bien; reflejos tendinosos normales. Normal el aparato digestivo, excepto la mucha sed que tiene y las ulceraciones de los pilares anteriores. Polaquiuria nocturna. Centro circulatorio normal. Muy poca fatiga;

algo de tos con escasa expectoración; soplo espiratorio y mayor resonancia de la voz en la fosa supra-espinosa y región infra-clavicular derechas. Ha enflaquecido bastante. No siente cansancio muscular. Piel pálida amarillenta; mucosas y uñas poco pálidas; infartos inguinales dobles; no hay édemas.

La expectoración no contiene bacilos de Koch.

Orina: densidad, 1,025; urea, 24,67; ácido úrico, 0,57; ácido fosfórico, 2,71. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 4,550000; leucocitos, 7.000; hemoglobina, 52 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β, ioduro potásico y mercurio.

Anquilostomas expulsados: 81.

Día 29 de Junio de 1905.—Alta. Curado; sin huevos en los excrementos y sin manifestaciones de sífilis cerebral.

Observación 38.—Hombre de treinta y cinco años, casado, natural de Linares (Jaén), sin antecedentes hereditarios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 22) el día 17 de Mayo de 1905. A los trece años tuvo intermitentes palúdicas que le duraron tres meses. Comenzó á trabajar en las minas á los diez años en la superficie; ha trabajado en seis, de plomo y de Linares. Ha sido barrenador primero y entivador después; se sintió enfermo en *La Tortilla,* á los tres años de trabajar en ella.

Su enfermedad data de un año, y comenzó por flojedad de piernas y brazos, y palidez; ruido de oídos, mareos, sin desarreglos digestivos ni palpitaciones, poca fatiga y edema palpebral. Después de ligeras mejorías, ha empeorado hace tres meses, y ha llegado al día de su ingreso con el cuadro clínico siguiente:

Ruidos de oídos y mareos, no muy intensos; picores generalizados hace más de seis meses, sin erupciones cutáneas; pupilas, muy dilatadas, que reaccionan bien; reflejos rotulianos algo exagerados. No hay trastornos digestivos, pero, la lengua está seca y algo saburral; mucosa bucal muy pálida, y faringe muy congestionada; nada anómalo en el abdomen. Dolor constante en la región renal. Punta del corazón en el sexto espacio

intercostal en la línea mamilar; ligero estremecimiento de la región precordial; algo prolongado el primer ruido en el foco de la mitral y reforzados todos los ruidos de la punta; no hay palpitaciones. Aparato respiratorio normal; se fatiga muy poco. Ha enflaquecido algo; cansancio muscular muy exagerado. Piel moreno-pálida, mucosas muy pálidas, uñas sonrosadas, ganglios inguinales ligeramente infartados, edema palpebral.

Orina: densidad, 1,016; urea, 15,79; ácido úrico, 0,36; ácido fosfórico, 1,73. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 4,320000; leucocitos, 10.000; hemoglobina, 60 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β.

Anquilostomas expulsados: 85.

Día 20 de Junio.—Alta. Curado; sin huevos en los excrementos y sin manifestaciones patológicas; sólo queda ligera palidez.

Observación 39.—Hombre de treinta y siete años, casado, natural de Ugíjar (Granada), sin antecedentes hereditarios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 26) el día 19 de Mayo de 1905. Ha padecido la *grippe* á los treinta y cuatro años y á los treinta y seis, sin que al parecer le quedaran residuos patológicos. Comenzó á trabajar en las minas á los diez y ocho años; sólo ha trabajado en una, *San Miguel*, donde contrajo la enfermedad á los diez y nueve años de trabajar en ella; ha sido acarreador y después barrenador.

Su enfermedad data de siete meses, y comenzó por palidez, flojedad de piernas y brazos, cansancio general, dolores y acidez gástrica, palpitaciones, mareos y ruidos de oídos. Desde hace tres meses se han acentuado estos síntomas, y ha llegado al día de su ingreso en el siguiente estado:

Mareos, ruidos de oídos, insomnio, pupilas muy dilatadas y reflejos rotulianos ligeramente exaltados. Mucho apetito; sed regular, sin trastornos digestivos; una deposición diaria; lengua ligeramente saburral; mucosa buco-faríngea muy pálida, excepto la úvula. Polaquiuria nocturna. Palpitaciones; prolon-

gado el primer ruido en todos los focos, pero más marcado en el de la mitral y en el de la pulmonar; ruidos propagados á todas las regiones del tórax. Mucha fatiga, tos y expectoración; submacidez en las regiones infra-clavicular é infra-escapular derechas; inspiración ruda, soplo espiratorio, aumento de resonancia de la voz, algún crujido y estertores mucosos y sibilantes pequeños en la región infra-clavicular derecha, y desaparición del murmullo y de la resonancia de la voz en la región infra-escapular del mismo lado. Ha enflaquecido poco; gran cansancio muscular. Piel de color blanco amarillento, lo propio que las mucosas; uñas exangües; edemas en los miembros inferiores y facial desde hace unos días.

La expectoración no contiene bacilos de Koch.

Orina: densidad, 1,010; urea, 9,87; ácido úrico, 0,25; ácido fosfórico, 1,08; albúmina, 0,50; algún cilindro granuloso. No hay glucosa ni materias biliares.

Sangre: hematíes, 2,100000; leucocitos, 8.000; hemoglobina, 43 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal y apilamiento irregular de los hematíes.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β y dieta láctea.

Anquilostomas expulsados: 304.

Día 1.º de Julio de 1905.—Alta. Curado; sin huevos en los excrementos, ni albúmina ni cilindros en la orina; sólo queda algo prolongado el primer ruido en el foco de la mitral y disminuído el murmullo vesicular en la región infra-escapular derecha.

Observación 40.—Hombre de treinta y tres años, casado, natural de Villargordo (Jaén), sin antecedentes hereditarios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 10) el día 21 de Mayo de 1905. A los diez y siete años tuvo intermitentes palúdicas durante seis meses; á los veintiún años fué á la Isla de Cuba al servicio de las armas, donde permaneció tres años y medio y padeció también intermitentes palúdicas. Comenzó á trabajar en las minas á los veinticinco años; ha trabajado en dos, de plomo y de Linares; ha sido acarreador primero y después barrenador; se sintió enfermo en la mina *San Miguel*, á los siete años de trabajar en ella.

Su enfermedad data de cuatro años y comenzó por palidez, flojedad general, fatiga, palpitaciones, acidez gástrica, ruidos de oídos y mareos; al año de encontrarse en este estado se fué á trabajar al campo durante tres, sin que consiguiera mejoría alguna, y hace unos meses, después de trabajar dos ó tres en otra mina, ha empeorado más y ha llegado al día de su ingreso con el cuadro clínico siguiente:

Mareos muy frecuentes é intensos; ruidos de oidos; pupilas, muy dilatadas, reaccionan bien; reflejos rotulianos exaltados. Mucho apetito y mucha sed; acidez gástrica acentuada y con pirosis, sin otros trastornos digestivos; deposición diaria normal; lengua ligeramente saburral; mucosa buco-faríngea muy pálida, excepto pilares y úvula, que están ligeramente sonrosados; nada anómalo en el abdomen. Polaquiuria nocturna. Centro circulatorio normal, excepto un pequeño estremecimiento de la región precordial, y latidos supra-esternales poco manifiestos; palpitaciones intensas al menor esfuerzo. Fatiga extraordinaria en cuanto sube escaleras; normal el aparato respiratorio, excepto algún estertor mucoso. Ha enflaquecido poco; cansancio muscular muy acentuado. Piel, mucosa y uñas muy pálidas; edemas maleolares y palpebrales; algún ganglio inguinal algo infartado.

La escasa expectoración no contiene bacilos de Koch.

Orina: densidad, 1,008; urea, 7,80; ácido úrico, 0,16; ácido fosfórico, 0,86. No hay albúmina, materias biliares, glucosa ni cilindros.

Sangre: hematíes, 2,800000; leucocitos, 14.000; hemoglobina, 40 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal y apilamiento irregular de los hematíes.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β.

Anquilostomas expulsados: 266.

Día 1.° de Julio de 1904.—Alta. Curado; sin huevos en los excrementos, pero persiste el estremecimiento de la región precordial, los latidos supra-esternales y la prolongación del primer ruido en el foco de la mitral.

Observación 41.—Hombre de treinta y cuatro años, casado,

natural de Montejícar (Granada), sin antecedentes hereditarios ni personales de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 16) el día 21 de Mayo de 1905. Comenzó á trabajar en las minas á los diez y nueve años; sólo ha trabajado en dos, de plomo y de Linares; ha sido primero acarreador y después barrenador; se sintió enfermo en la de *San Miguel*, á los siete años de trabajar en ella.

Data su padecimiento de un año, y comenzó por fatiga, cansancio general, acidez gástrica, mareos y dolores de cabeza. En el transcurso de este año ha tenido ligeras mejorías, de corta duración, cuando tomaba preparaciones de hierro; pero hace seis meses que á los síntomas anteriores se ha añadido el edema palpebral, presentando en el día de su ingreso el cuadro clínico siguiente:

Cefalalgias temporales frecuentes, lo propio que los ruidos de oídos; mareos constantes; pupilas, muy dilatadas, reaccionan normalmente; reflejos rotulianos algo exaltados. Mucho apetito; acidez gástrica, sobre todo después de comer; pirosis; deposición diaria normal; lengua ligeramente saburral y húmeda; mucosas bucal muy pálida y faríngea sonrosada; normal el abdomen. Dolor de riñones sin polaquiuria. Palpitaciones muy intensas al menor movimiento; prolongado el primer ruido en el foco de la pulmonar. Mucha disnea al caminar; normal la exploración del aparato respiratorio. Ha enflaquecido poco; gran cansancio muscular. Piel amarillo-pálida; mucosas y uñas exangües; algún ganglio infartado en las ingles; edema palpebral constante.

Orina: densidad, 1,010; urea, 9,87; ácido úrico, 0,23; ácido fosfórico, 1,08. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 2,860000; leucocitos, 14.000; hemoglobina, 43 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal, y los hematíes no se agrupan en pilas.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β.

Anquilostomas expulsados: 157.

Día 29 de Junio de 1905.—Alta. Curado; sin huevos en los excrementos y normales todos los ruidos cardiacos.

Observación 42.—Hombre de treinta años, casado, natural de La Unión (Murcia), sin antecedentes hereditarios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 47) el día 24 de Mayo de 1905. Ha padecido durante catorce meses intermitentes palúdicas en la Isla de Cuba á los veintidós años. Comenzó á trabajar en el fondo de las minas á los ocho años, al lado de su padre; primero fué acarreador y después barrenador; ha trabajado en siete de *La Unión*, unas de plomo y otras de hierro, y en dos de Linares, de plomo; se sintió enfermo en la del *Coto de la Luz*, al año de trabajar en ella.

Data su enfermedad de un año, y comenzó por palidez, cansancio general, dolor de cabeza, ruidos de oídos, mareos, acidez gástrica, dolores epigástricos y de otras regiones abdominales, períodos de diarrea alternando con estreñimiento, fatiga y tos. Durante el curso de este año tuvo alguna pequeña mejoría cuando tomaba hierro; pero hace cuatro ó cinco meses empeoró de nuevo, y ha ingresado en la Clínica en el siguiente estado:

Dolores en la nuca muy frecuentes; mareos y ruidos de oídos; las pupilas, muy dilatadas, reaccionan bien; reflejos rotulianos exaltados; alguna vez picores en la piel. Poco apetito y poca sed, sin otros trastornos digestivos; lengua saburral y húmeda; mucosa buco-faríngea muy pálida, excepto los pilares y la úvula; dolor á la presión en la región epigástrica, y normal el resto del abdomen y el aparato génito-urinario. Punta del corazón en el sexto espacio intercostal en la línea mamilar, y prolongado el primer ruido en el foco de la mitral. Fatiga al subir cuestas; muy poca tos, con escasa expectoración; murmullo vesicular disminuído en el lado derecho, donde están aumentadas las vibraciones torácicas y la resonancia de la voz, principalmente en las regiones infra-clavicular y fosa supra-espinosa. Ha enflaquecido mucho; gran cansancio muscular. Piel, mucosas y uñas muy pálidas; párpados ligeramente abotagados; ganglios inguinales infartados.

La expectoración no contiene bacilos de Koch.

Orina: densidad, 1,025; urea, 24,67; ácido úrico, 0,57; ácido fosfórico, 2,70. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 3.125000; leucocitos, 9.000; hemoglobina, 45 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal, y los hematíes no se agrupan en pilas.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β.

Anquilostomas expulsados: 298.

Día 29 de Junio de 1905.—Alta. Curado; sin huevos en los excrementos, pero persiste prolongado el primer ruido en el foco de la mitral.

Observación 43.—Hombre de diez y nueve años, soltero, de Linares (Jaén), sin antecedentes hereditarios ni propios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 19) el día 24 de Mayo de 1905. Comenzó á trabajar en las minas á los catorce años; ha trabajado en cuatro, de plomo y de Linares, descartando aquéllas en que sólo ha trabajado algunos días; ha sido siempre acarreador, y se sintió enfermo en la llamada *San Pascual*, á los dos meses de trabajar en ella.

Su enfermedad data de un año y medio, y comenzó por fatiga al caminar y palidez, dolor y acidez gástricos después de las comidas, seguidos alguna vez de vómitos, cefalalgia, mareos y ruidos de oídos. Al medio año de presentar estos síntomas, se manifestaron edemas palpebrales y maleolares, y sin períodos de mejoría bien acusados ha llegado al día de su ingreso con el cuadro clínico siguiente:

Dolores de cabeza, ruidos de oídos, mareos, insomnio, y las pupilas, muy dilatadas, reaccionan bien; reflejos rotulianos abolidos. Mucho apetito; dolor y acidez gástricos después de comer; no hay vómitos; deposición diaria normal; lengua húmeda; mucosas bucal muy pálida y enrojecida la faríngea; dolor á la presión en el abdomen, pero está más acentuado en el epigástrio. Normal la exploración de los aparatos génito-urinario, circulatorio y respiratorio, excepto el que la punta del corazón está en el sexto espacio intercostal, algo por dentro de la línea mamilar, y el oirse un soplo espiratorio ligero con mayor resonancia de la voz en la región infra-clavicular derecha; palpitaciones y disnea acentuada al caminar. Ha enflaquecido poco; gran cansancio muscular; piel muy pálida, lo propio que

las mucosas; uñas sonrosadas; ligero edema palpebral y maleolar; ganglios inguinales infartados.

Orina: densidad, 1,016; urea, 15,79; ácido úrico, 0,36; ácido fosfórico, 1,73. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 2,700000; leucocitos, 10.000; hemoglobina, 55 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal; los hematíes se adosan imperfectamente.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β.

Anquilostomas expulsados: 295.

Día 7 de Julio de 1905.—Alta. Curado; sin huevos en los excrementos y sin manifestaciones patológicas.

Observación 44.—Hombre de treinta y cuatro años, casado, natural de Almería, sin antecedentes hereditarios ni personales de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 20) el día 28 de Mayo de 1905. Comenzó á trabajar en las minas á los doce años en la superficie, y desde los veinte en el fondo; ha trabajado en cuatro, de plomo y de Linares; ha sido barrenador; se sintió enfermo en *Arrayanes*, á los tres meses de trabajar en ella.

Su enfermedad data de dos meses, y comenzó por cansancio general, fatiga, muy poca tos con escasa expectoración, palidez, dolores de cabeza, mareos, ruidos de oídos, palpitaciones y dolor y acidez gástricos; sin mejoría alguna, ha llegado al día de su ingreso con el cuadro clínico siguiente:

Dolores de cabeza; mareos y ruidos de oídos casi constantes; los reflejos rotulianos apenas se notan; ojo derecho con gran número de manchas en la córnea que imposibilitan la visión; ojo izquierdo con la pupila muy dilatada, y reacciona bien á la luz; pero dice que hace ocho días que ve los objetos como si tuviera una niebla delante. Buen apetito; poca sed; acidez y dolor gástricos después de las comidas; deposición diaria normal; lengua saburral; mucosas bucal muy blanca y faríngea sonrosada; ligero dolor á la presión en el epigastrio. Aparato génito-urinario normal. Palpitaciones y muy prolongado el primer ruido en el foco de la mitral. Fatiga intensa, y es normal la exploración del aparato respiratorio. Ha enflaqueci-

do poco; gran cansancio muscular. Piel pálida, con tinte amarillento. Mucosas pálidas, lo propio que las uñas; algunos ganglios infartados en las ingles.

Orina: densidad, 1,019; urea, 18,75; ácido úrico. 0,38; ácido fosfórico, 1,90. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 2,980000; leucocitos, 8.000; hemoglobina, 40 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal; los hematíes no se agrupan en pilas.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β.

Anquilostomas expulsados: 244.

Día 8 de Julio de 1905.—Alta. Curado; sin huevos en los excrementos, pero persiste prolongado el primer ruido en el foco de la mitral y no se han modificado las manchas de la córnea.

Observación 45.—Hombre de treinta y ocho años, casado, natural de Dalia (Almería), sin antecedentes hereditarios ni personales de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 27) el día 2 de Junio de 1905. Comenzó á trabajar en las minas á los doce años en la superficie, y desde los diez y siete en el fondo; ha trabajado en dos, de plomo y de Linares; ha sido acarreador y barrenador; se sintió enfermo en la llamada *Pozo Ancho*, á los seis meses de trabajar en ella.

Su enfermedad data de un año, y comenzó por fatiga al caminar, palidez, palpitaciones, dolores de cabeza, mareos, ruidos de oídos, dolor epigástrico y dilatación abdominal después de las comidas, sin otros trastornos digestivos; á los cuatro meses se presentaron edemas en los miembros inferiores y en la cara, que persistieron dos meses; con ligeras mejorías cuando tomaba los ferruginosos, ha llegado al día de su ingreso con el cuadro clínico siguiente:

Dolores de cabeza, mareos y ruidos de oídos frecuentes é intensos; las pupilas, muy dilatadas, reaccionan bien; reflejos rotulianos muy exaltados; frecuente prurito general, sin erupciones en la piel. Buen apetito; mucha sed, sin otros síntomas del aparato digestivo; mucosa buco-faríngea muy pálida; lengua ligeramente saburral y húmeda; abdomen normal. Dolor

en la región renal y polaquiuria nocturna. Palpitaciones al hacer ejercicio; primer ruido, en los focos de la mitral y de la tricúspide, muy prolongado, hasta el punto que da casi la impresión del desdoblamiento. Se fatiga mucho, sin tos ni expectoración; aumento de vibraciones torácicas, de resonancia de la voz y pectoriloquia afona en una región limitada de unos siete centímetros cuadrados en la fosa supra-espinosa derecha, desde la columna vertebral hasta el hombro. Ha enflaquecido poco; gran cansancio muscular. Piel, mucosas y uñas muy pálidas; no hay edemas ni infartos ganglionares.

Orina: densidad, 1,012; urea, 11,84; ácido úrico, 0,27; ácido fosfórico, 1,30. Hay indicios de albúmina y algún cilindro granuloso; no hay glucosa ni materias biliares.

Sangre: hematíes, 2,520000; leucocitos, 7.000; hemoglobina, 37 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal; apilamiento irregular de los hematíes.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β.

Anquilostomas expulsados: 451.

Día 10 de Julio de 1905.—Alta. Curado; sin huevos en los excrementos, pero persiste el desdoblamiento del primer ruido en el foco de la mitral y la pectoriloquia afona.

Observación 46.—Hombre de treinta y cuatro años, casado, natural de Linares (Jaén), sin antecedentes hereditarios ni personales de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 12) el día 3 de Junio de 1905. Comenzó á trabajar en las minas, en la superficie, á los quince años, y en el fondo á los diez y ocho; ha trabajado en dos, de plomo y de Linares; ha sido siempre entivador; se sintió malo en la llamada *Los Quinientos*, á los seis años de trabajar en ella.

Data su enfermedad de siete años, y comenzó por fatiga al caminar, cansancio muscular muy acentuado, dolor y acidez gástricos, seguidos de vómitos después de la comida; dolores de cabeza, mareos, ruidos de oídos y palpitaciones; á los tres años de encontrarse en este estado, comenzaron á manifestarse edemas en los miembros superiores é inferiores y en la cara; después mejoró, durante tres meses, merced á una medicación

que no sabe precisar; recayó de nuevo, y ha llegado al día de su ingreso con el cuadro clínico siguiente:

Dolores de cabeza, mareos y ruidos de oídos; no hay insomnio, pero el sueño va acompañado de pesadillas; reflejos rotulianos algo exaltados; las pupilas, muy dilatadas, reaccionan perezosamente á la acción de la luz. Apetito regular y mucha sed; dilatación epigástrica y ardor de estómago después de las comidas; deposición diaria normal; lengua ligeramente saburral; mucosa buco-faríngea muy pálida, excepto los pilares anteriores, que están algo sonrosados; dolor á la presión en la región epigástrica; resto del abdomen normal. Dolor de riñones que se acentúa cuando está en pie; dos micciones en el centro de la noche. Palpitaciones al hacer ejercicio; desdoblado el primer ruido en el foco de la mitral y en el aórtico. Mucha fatiga al caminar, y es normal la exploración del aparato respiratorio, excepto algún estertor mucoso diseminado por el plano posterior. Ha enflaquecido bastante; gran cansancio muscular. Piel pálida con tinte céreo; mucosas y uñas exangües; edemas maleolares y palpebrales; algún ganglio infartado en las ingles.

Orina: densidad, 1,010; urea, 8,88; ácido úrico, 0,20; ácido fosfórico, 0,97. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 3,925000; leucocitos, 8.000; hemoglobina, 66 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β.

Anquilostomas expulsados: 292.

Día 5 de Julio de 1905.—Alta. Curado; sin huevos en los excrementos y persiste desdoblado el primer ruido en el foco aórtico y está prolongado el primero en el de la mitral.

Observación 47.—Hombre de treinta y dos años, casado, natural de Linares (Jaén), sin otros antecedentes hereditarios sino que un hermano suyo murió el año anterior de una enfermedad como la suya, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 8) el día 3 de Junio de 1905. De los doce á los diez y nueve años ha padecido intermitentes palúdicas dos veces, durante dos meses cada vez; á los veintidós años tuvo una úlcera prepucial,

seguida de bubón no supurado, en la ingle derecha; niega haber tenido manifestaciones que podrían suponerse sifilíticas, y no se encuentra rastro alguno de ellas, excepto un infarto poli-ganglionar bi-inguinal. Comenzó á trabajar en las minas á los doce años en la superficie, y desde los veinte en el fondo; ha trabajado en tres, de plomo y de Linares; ha sido siempre acarreador; se sintió enfermo en *Arrayanes*, á los ocho años de trabajar en ella.

Su enfermedad data de tres años, y comenzó por flojedad general, cansancio de brazos y piernas, dolores de cabeza, mareos y ruidos de oídos, dolores y acidez gástricos después de las comidas, seguidos de vómitos; una deposición cada dos ó tres días, y edema palpebral. A los cuatro meses de encontrarse en este estado, mejoró bastante merced á un tratamiento que no sabe concretar; pero volvió á empeorar tres ó cuatro meses después, y desde entonces no ha obtenido mejoría alguna, y con corta diferencia ha llegado al día de su ingreso con el cuadro clínico siguiente:

Sistema nervioso normal, excepto la gran dilatación pupilar, las constantes pesadillas y los picores frecuentes y generalizados. Muy poco apetito, mucha sed y dolor epigástrico después de las comidas, sin ardores ni otros trastornos digestivos; deposición diaria, dura y en pequeña cantidad; mucosa bucal muy pálida; velo del paladar, úvula y pilares anteriores muy encarnados; algo de dolor á la presión en la región epigástrica; normal el resto del abdomen, lo propio que el aparato génito-urinario. No tiene palpitaciones; ligero estremecimiento de la pared precordial; desdoblado el primer ruido en el foco de la mitral. Normal el aparato respiratorio; ni siquiera se queja de disnea al subir escaleras (?). Ha enflaquecido muy poco, pero tiene un cansancio muscular muy acentuado y que aumenta de intensidad al menor movimiento. Piel muy pálida, con tinte amarillento; uñas y mucosas exangües; no hay edemas; infarto poli-ganglionar bi-inguinal.

Orina: densidad, 1,016; urea, 15,79; ácido úrico, 0,36; ácido fosfórico, 1,73. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 4.225000; leucocitos, 11.000; hemoglobina, 47 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal; es imperfecto, aunque no mucho, el apilamiento de los hematíes.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β.

Anquilostomas expulsados: 76.

Día 7 de Julio de 1905.—Continúa en la Clínica por no haber terminado el tratamiento.

Observación 48.—Hombre de cuarenta y nueve años, viudo, natural de Belchite (Granada), sin antecedentes hereditarios ni propios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 4) el día 5 de Junio de 1905. Comenzó á trabajar en las minas á los catorce años; ha trabajado en siete, de plomo y de Linares; ha sido acarreador, barrenador y entivador sucesivamente; se sintió enfermo en la llamada *San Miguel*, á los catorce años de trabajar en ella.

Su enfermedad data de dos años, y comenzó por cansancio muscular, fatiga y palpitaciones al caminar, palidez, dolores de cabeza, mareos, ruidos de oídos, dolor de estómago y pirosis con ardor gástrico, poco apetito y vómitos alimenticios alguna vez. Con insignificantes mejorías, ha llegado al día de su ingreso en el siguiente estado:

Cefalalgias frecuentes, mareos y ruidos de oídos; las pupilas, dilatadas, reaccionan bien; reflejos normales; picores generalizados. Poco apetito, mucha sed, sin otros trastornos digestivos; deposición diaria, escasa y dura; lengua saburral y seca; mucosas bucal muy pálida y faríngea sonrosada; abdomen normal, lo propio que el aparato génito-urinario. Palpitaciones al hacer ejercicio; no se nota el choque de la punta; latidos en el epigastrio; desdoblado el primer ruido en el foco de la mitral y prolongado en el aórtico. Mucha disnea al subir escaleras; soplo espiratorio y gran resonancia de la voz en las dos regiones infra-claviculares, supra-espinosas é inter-escapular. Ha enflaquecido poco; gran cansancio muscular. Piel pálido-amarillenta; uñas y mucosas muy pálidas; no hay edemas; algún ganglio infartado en las ingles.

Orina: densidad, 1,013; urea, 12,83; ácido úrico, 0,29; ácido fosfórico, 1,40. Hay indicios de albúmina y algún cilindro granuloso; no hay glucosa ni materias biliares.

Sangre: hematíes, 2,325000; leucocitos, 14,000; hemoglobina, 37 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal; apilamiento imperfecto de los hematíes.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β.

Anquilostomas expulsados: 204.

Día 10 de Julio de 1905.—Alta. Curado; sin huevos en los excrementos y sólo queda prolongado el primer ruido en el foco de la mitral.

Observación 49.—Hombre de treinta y un años, casado, natural de Vélez-Rubio (Almería), sin antecedentes hereditarios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 38) el día 9 de Junio de 1905. A los diez y siete años tuvo intermitentes palúdicas que le duraron cuatro meses, y á los veinte años cólicos saturninos que, por lo que refiere, son muy dudosos. Comenzó á trabajar en las minas á los nueve años en la superficie, y á los veinte en el fondo; ha trabajado en tres, de plomo y de Linares; ha sido siempre entivador; se sintió enfermo en la llamada *Arrayanes*, á los siete años de trabajar en ella.

Su padecimiento data de un año, y comenzó por el cansancio muscular y la palidez, fatiga y palpitaciones al hacer ejercicio, cefalalgia, mareos, ruidos de oídos, dolores y acidez gástricos después de las comidas; desde hace cuatro meses edema palpebral al levantarse, y con ligeras mejorías cuando tomaba los ferruginosos, ha llegado al día de su ingreso con el cuadro clínico siguiente:

Cefalalgia, especialmente por la tarde; mareos y ruidos de oídos; las pupilas, muy dilatadas, reaccionan bien; reflejos tendinosos ligeramente exaltados. Apetito y sed regulares; dolor y acidez gástricos después de las comidas; deposición normal en días alternos; lengua húmeda y sin saburra; mucosa buco-faríngea pálida, excepto la úvula y pilares anteriores; dolor á la presión en el epigastrio y en el hipocondrio izquierdo; abombada la región supra-umbilical y deprimida la infra-umbilical,

Polaquiuria nocturna. Palpitaciones al hacer ejercicio; prolongado el primer ruido en todos los focos, pero de un modo más evidente en el de la pulmonar y con franco ruido de galope en el aórtico. Disnea intensa al subir escaleras; soplo espiratorio y mayor resonancia de la voz en la fosa supra-espinosa y región infra-clavicular derechas. Ha enflaquecido poco; cansancio muscular muy manifiesto. Piel muy pálida, lo propio que mucosas y uñas; edema palpebral matutino; infartos ganglionares muy manifiestos en ambas ingles.

Orina: densidad, 1,022; urea, 21,75; ácido úrico, 0,42; ácido fosfórico, 2,10. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 2,360000; leucocitos, 6.000; hemoglobina, 45 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal; apilamiento irregular de los hematíes.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β.

Anquilostomas expulsados: 77.

Día 11 de Julio de 1905.—Alta. Curado; sin huevos en los excrementos y apenas son perceptibles el ruido de galope y la prolongación de los primeros ruidos.

Observación 50.—Hombre de cincuenta y dos años, casado, natural de Dalia (Almería), sin antecedentes hereditarios de interés, ingresa en la Clínica (sala 30, núm. 7) el día 11 de Junio de 1905. Ha tenido tres veces cólicos saturninos á los veinticinco, veintisiete y treinta y cinco años; á los cuarenta y dos tuvo fiebres intermitentes palúdicas que duraron cuatro meses. Comenzó á trabajar en las minas á los diez y ocho años; ha trabajado en cuatro, de plomo y de Linares; ha sido primero barrenador y después entivador; se sintió enfermo en la llamada *Coto de la Luz,* al año de trabajar en ella.

Su enfermedad data de un año y medio, y comenzó por calambres en las pantorrillas, disminución de fuerzas, palidez, fatiga al subir escaleras, mareos, ruidos de oídos, ardor gástrico alguna vez, que coincidió con la desaparición de los dolores gástricos que padecía desde un año antes; edema palpebral al poco tiempo de comenzar el proceso, y sin período alguno de mejoría

ha llegado al día de su ingreso con el cuadro clínico siguiente:

No hay otros fenómenos del sistema nervioso más que el insomnio, pupilas no muy dilatadas, reflejos rotulianos exaltados y picores generalizados. Mucho apetito y mucha sed, sin otros trastornos digestivos; deposición diaria normal; mucosa buco-faríngea muy pálida, excepto los pilares anteriores y la úvula; no hay borde azulado en las encías; abdomen normal. Dolor de riñones algunas veces; polaquiuria diurna y nocturna. Normal el aparato circulatorio; nunca ha tenido palpitaciones. Mucha fatiga al subir escaleras; resonancia exagerada de la voz en todo el lado derecho del tórax, y soplo espiratorio con ligera pectoriloquia afona en el tercio interno de la región infra-clavicular y de la fosa supra-espinosa derechas. Ha enflaquecido poco; cansancio muscular muy acentuado. Piel muy pálida, lo propio que las mucosas y las uñas; edema palpebral por la mañana; ganglios infartados en la ingle izquierda.

Orina: densidad, 1,010; urea, 9,40; ácido úrico, 0,20; ácido fosfórico, 0,96. No hay albúmina, glucosa, materias biliares ni cilindros.

Sangre: hematíes, 4,200000; leucocitos, 7.000; hemoglobina, 88 por 100. Eosinófilos en mayor proporción que la normal; apilamiento irregular de los hematíes.

Huevos de anquilostoma en los excrementos.

Medicación empleada: naftol β.

Anquilostomas expulsados: 83.

Día 10 de Julio de 1905.—Continúa en la enfermería por no haber terminado el tratamiento.

Una vez conocidas por la Academia estas observaciones, conviene á mi propósito indicar, que no trato en el presente momento de sacar el gran número de deducciones clínicas á que se prestan. El principal propósito que me ha guiado, ha sido el de dar las primicias á esta docta Corporación de los trabajos clínicos que, acerca de este asunto, se han llevado á cabo en mi enfermería durante el presente curso; y como se habrá visto, el plan que hemos seguido para cada una de las observaciones ha sido el de la filiación personal, donde se hacían constar los

antecedentes hereditarios ó personales que pudieran tener algún interés con respecto á la anemia anquilostomiásica, y en especial á hacer constar aquellas enfermedades padecidas, como el paludismo, la sifilis, etc., que pueden llevar tras sí la provocación de un estado anémico. También hemos hecho constar la edad en que estos obreros comenzaron sus trabajos en las minas; número de éstas en que han servido y la calidad del mineral que se extrae en cada una de ellas; la mina donde contrajeron la enfermedad, y el tiempo que llevaban trabajando en ella, datos etiológicos, todos ellos, que, como comprenderán los señores Académicos, tienen una gran importancia. Por fin, señalamos de un modo taxativo la data de la enfermedad, los síntomas con que comenzó el mal, el curso que siguieron las manifestaciones morbosas, y la sintomatología, tanto subjetiva como objetiva, referente al sistema nervioso, aparatos digestivo, génito-urinario, circulatorio, respiratorio, locomotor, piel y tejido celular, en el día de su ingreso en la Clínica.

No se ocultará á la ilustración de los señores Académicos que estas investigaciones, llevadas á cabo en 50 casos con el mismo plan y el mismo método, se prestan á gran número de deducciones de una importancia clínica extraordinaria, en cuanto se refiere á la descripción patológica del proceso. Es digno de hacer notar, como ya se habrá observado, que no figuran en las historias los datos referentes al curso que han seguido estos enfermos durante su estancia en el Hospital, puesto que este aditamento hubiera aumentado mucho la extensión de este trabajo, toda vez que en la inmensa mayoría de los casos se han hecho diariamente investigaciones referentes á la presión arterial, temperatura, pulso, respiración, análisis de orina, análisis de sangre y efecto de las distintas medicaciones empleadas.

Limitado, pues, mi objeto, en la presente sesión, á presentar á esta Academia lo que pudiéramos llamar «Resumen del protocolo clínico,» réstame sólo anunciar para el próximo curso las deducciones y comentos á que se prestan algunos ó muchos de los datos que comprenden las 50 observaciones citadas, tarea suficiente y bastante complicada para trabajos sucesivos.

Perdóneme, pues, la Academia el tiempo que la he molestado, y reciba el testimonio de mi más sincera gratitud por la atención con que me ha distinguido.»

Continuando el debate acerca de la *Influencia del color rojo en el tratamiento del sarampión*,

El Sr. Olmedilla hizo uso de la palabra, y dijo:

«Tal vez se extrañe mi intervención, siquiera sea brevísima, en este debate; pero lo verifico tan sólo con el título de testigo presencial de un caso de sarampión en una persona de mi familia, que ha estado sometida al tratamiento de la luz roja, y con motivo de la comunicación tan oportuna presentada por el Dr. Mariani en este concepto.

Aunque tengo la honra de poseer el título de Médico, no ejerzo la profesión, y el caso á que aludo fué tratado brillantemente por el Dr. Bejarano. Se refiere á una sobrina mía, de veintiún años de edad, temperamento sanguíneo-linfático y sin una idiosincrasia determinada. Respecto á enfermedades anteriores, únicamente puede citarse una fiebre infecciosa grave, que padeció hace seis años, y le duró tres septenarios. A principios del mes de Febrero último se le presentó un sarampión maligno. Los prodromos fueron largos, y se manifestaron síntomas catarrales muy marcados, que fueron cada vez haciéndose más agudos, hasta que, por fin, hizo explosión la fiebre exantemática conocida con el nombre de sarampión, con un gran aparato de síntomas, que consistían en una invasión general de manchas rojas en la piel, fenómenos catarrales muy intensos, tos menos fuerte, disfagia producida por una ligera angina, temperatura de 40 grados, con remisión por la mañana, pulso de 116 pulsaciones por minuto y sub-delirio. Dispuso el Dr. Bejarano el tratamiento sintomático prescrito por la ciencia; llenó las indicaciones del aparato respiratorio con el looc blanco de la Farmacopea, adicionado del biantimoniato potásico, y ordenó que se rodease á la enferma de luz roja en las mejores condiciones posibles, poniendo en los cristales papeles rojos; las lunas de los espejos cubiertas de rojo; las luces odas rodeadas de cristales igualmente rojos, y hasta se procu-

ró que fuera también encarnada la colcha de la cama de la enferma. Se puso en práctica este medio el segundo día en que apareció el exantema, y á las veinticuatro horas se observó remisión de síntomas; la temperatura descenció á 38 grados; el pulso bajó á cien pulsaciones por minuto; desapareció el delirio, y terminó también la disfagia. A partir de entonces, comenzaron á disminuir todos los síntomas, y, por tanto, la gravedad de la dolencia, que terminó felizmente á los nueve días, después del período de descamación. No hago en este caso más que consignar hechos, sin afirmar ni negar la influencia que en este resultado pudiera tener la luz roja. De todos modos, era un caso de sarampión maligno, y según el Dr. Bejarano, de lo más confluente y grave que había observado, en términos que todos los de la familia estábamos hondamente preocupados.

Ya que estoy en el uso de la palabra, llamo con este motivo la atención de la Academia, para consignar que es conveniente insistir en el estudio de la fototerapia en el concepto químico, porque indudablemente es innegable la influencia de la luz en las reacciones intraorgánicas, de lo cual nos presenta bastantes ejemplos la Química biológica. Sabido es que muchos cuerpos se descomponen por la acción de la luz, y hay que conservarlos en frascos cubiertos de papel negro, ó construídos de vidrio amarillo; y es posible que esos rayos rojos sean microbicidas de los organismos patógenos del sarampión, ó que neutralicen la acción de las toxinas producidas. De todos modos, en este asunto, como en tantos otros, la Química puede prestar servicios importantes á la terapéutica, y merece que se tome acta del hecho por los beneficios que á la humanidad y á la ciencia puede reportar.»

El Sr. González Alvarez dijo: que desde hace cuatro años, viene empleando el color rojo en el tratamiento del sarampión, principalmente en el Colegio de la Paz, donde hay 450 niñas acogidas, que dan un gran contingente á la enfermedad; que siempre ha juzgado racional el empleo de la luz en dicha fiebre exantemática, por la acción especial de los colores rojo, verde y violeta; y que la última epidemia ha sido benignísima, sobre

todo en su principio, habiendo empleado el color rojo en la generalidad de los casos.

Expuso una notable observación, en que el diagnóstico fué dudoso por algunos días, entre el sarampión y el tifus exantemático, pues sólo se presentaron dos pequeñas manchas; apareciendo el exantema morbiloso al día siguiente de suspenderse el uso del color rojo, y más tarde un accidente gravísimo, con ortopnea, color cianósico de la piel y 39° de temperatura; lográndose, por fin, una terminación satisfactoria.

El Sr. González Alvarez dió noticia de un caso de muerte, en un niño, por *bocio* hiperplésico, presentando la pieza correspondiente, que pesaba 30 gramos; el cual se manifestó con síntomas de asfixia y síncope inhibitorio, citando después observaciones de estreptococia, con espasmo laríngeo y fenómenos de asfixia.

Terminó manifestando: que, según su experiencia, la luz roja no modifica la duración, ni la gravedad, ni las complicaciones del sarampión; pero que deben continuarse las observaciones hasta que se reúnan suficientes datos para resolver un asunto, que hoy es dudoso.

El Sr. Espina creyó que debían resolverse dos problemas: el de la pureza y legitimidad de la luz roja, y el del diagnóstico del sarampión; puesto que lo que se emplea generalmente es la luz colorada, con grandes imperfecciones, no la verdadera luz roja; y que, en no pocos casos, se toma por sarampión lo que no lo es.

El Sr. Calatraveño, Académico corresponsal, sostuvo que, desde Sydenham, nada se había adelantado en el conocimiento del sarampión; que se ignoraba absolutamente su causa; que, según su experiencia, la luz no ejercía influencia alguna beneficiosa en el tratamiento de la enfermedad; y que debíamos limitarnos al empleo de los modificadores higiénicos, con algunas gotas de acetato de amoniaco ó de otro sudorífico.

El Secretario que suscribe dijo: que se proponía rendir un homenaje de admiración y de gratitud á un Profesor ilustre, á Finsen, que ha dedicado toda su vida profesional al estudio exclusivo de la Fototerapia, y que ha sucumbido el 24 de Sep-

tiembre último, á consecuencia de una afección cardiaca, de origen reumático, á los cuarenta y tres años de edad; habiendo honrado sus funerales el rey de Dinamarca y el emperador de Alemania, y merecido que el poeta danés, Holger Drachmann, le dedique una sentida composición poética, que se ha publicado en el núm. 4.° del periódico oficial del Comité Central contra la Tuberculosis, correspondiente al mes de Mayo último.

Añadió, que Finsen nació en la isla Faroer; hizo sus estudios en Irlanda y su examen de Estado en 1890; que el origen de sus investigaciones fué el hecho, de que su estado físico era mucho mejor cuando se hallaba en una habitación clara y soleada, que cuando estaba en una sombría y privada de sol; que publicó sus primeros trabajos en 1893, creando el Instituto de la Luz, de Copenhague (Licht Institut), en 1896; que en diez años dió á la estampa más de 70 trabajos; que estudió todo lo referente á la luz, y especialmente los rayos violeta y ultravioleta; y que mereció el Premio Nobel, que dedicó á su Instituto.

El infrascrito manifestó después: que Finsen atribuyó á la luz la mayor intensidad de la erupción en la cara en los variolosos; que ha dado á conocer 800 casos de lupus, tratados por la luz, con resultados satisfactorios, habiéndola empleado también en el epitelioma y en la alopecia; que sus Baños de Luz se obtienen con una lámpara en arco; que la Fototerapia, los Rayos Roentgen, las emanaciones del Radio y la Radiología Médica constituyen una especialidad terapéutica, que no debe desdeñarse, porque se funda en la experiencia; y que se han atribuído los efectos de la luz á sus acciones estimulantes y antisépticas, especialmente en los rayos violeta y ultra-violeta.

Respecto á la acción de la luz roja en el tratamiento del sarampión, el que suscribe sostuvo que hoy debía considerarse este asunto en período de estudio é investigación, puesto que se difienden por los prácticos las opiniones más opuestas, como sucede en otras muchas cuestiones; que en todo caso, la luz no ofrecía inconveniente ni contraindicación alguna en el sarampión; que el *genio epidémico*, admitido desde los tiempos de Hipócrates, es desconocido en su etiología y en su esencia; y qu

siempre será problema obscurísimo la filosofía de la terapéutica.

El Sr. Codina manifestó: que su experiencia y la de otros Profesores le han dado el profundo convencimiento, de que las curvas térmicas han sido iguales con y sin luz roja, y que ésta no ha ejercido influjo ostensible en el curso de la enfermedad. Después añadió:

«En apoyo de las ideas que sostengo, tengo el honor de presentar los datos de siete observaciones recogidas por el Doctor Monmenen.

Observación 1.ª (2 de Febrero de 1905).—Niño de cuatro años, raquítico, con escoliosis, mal alimentado, falto de higiene en la vivienda y convaleciente de bronquitis aguda, adquiere el sarampión por contagio, á pesar de la desinfección oficial. En el segundo día de asistencia la erupción llega á su acmé, con 40° de temperatura; y sin otro tratamiento que una poción de acetato amónico. Sometido á la *luz natural,* queda apirético al sexto día.

Observación 2.ª (21 de Febrero).—Niño de siete años. Colocado en la obscuridad, y utilizando cuando era necesario lámparas eléctricas cubiertas de doble papel *rojo* (*luz roja*), tiene 39°,8 de temperatura en el tercer día de asistencia y de erupción, y recibe el alta por curación en el sexto, con igual tratamiento farmacológico.

Observación 3.ª (7 de Marzo).—Señorita de veinticinco años. Contagiada de sarampión, con erupción muy intensa, difusa y molesta, se le prescribe el salicilato sódico, y queda bajo la acción de la *luz natural.* Al cuarto día adquiere el exantema su mayor fuerza, con 40° de temperatura, y desde el siguiente desciende rápidamente la fiebre, desapareciendo al séptimo.

Observación 4.ª (20 de Abril).—Niño de cinco años, linfático y enfermizo; presenta los síntomas prodrómicos del sarampión, á los dos días de curado de angina catarral con abundante exudación mucosa. Tratamiento: agua de azahar y jarabe de violetas. Se le deja bajo la acción de la *luz natural.* En el tercer día, máximum de erupción. En el quinto, apirético por la mañana.

Observación 5.ª (24 de Marzo).—Hombre de treinta y dos

años, sifilítico y alcohólico. Síntomas premonitorios de sarampión durante tres días; erupción característica al cuarto; en el quinto día, 40º de temperatura, y en el séptimo, 37º,2. Tratamiento: acetato amónico. *Luz natural.*

Observación 6.ª (22 de Mayo).—Señorita de diez y siete años. Empieza la erupción sarampionosa en el segundo día de asistencia; continúa aumentando de intensidad en el tercero y cuarto; llega la temperatura á 40º,2, acompañada de gran agitación y delirio, y vuelve á la normalidad el día sexto, habiéndose empleado como medicación el acetato amónico los dos primeros días, y como medicación sintomática después una poción sedante, *Luz natural.*

Observación 7.ª (14 de Junio).—Niña de seis años. Erupción completa de sarampión al empezar la asistencia, y sometida ya á la obscuridad y la *luz roja;* temperatura de 39º,2 en la mañana del segundo día; grandes epistaxis antes y después. Espíritu de minderero y jarabe de granada. Convaleciente el día sexto.»

Como se ve, así la duración como la intensidad, las complicaciones y la mortalidad son exactamente iguales con luz roja que sin ella. Y adviértase que dichas observaciones corresponden al año actual, puesto que dicho profesor ha publicado otra serie de ellas más numerosa, correspondiente á años anteriores, y en las que obtuvo el mismo resultado.»

El Sr. Mariani dijo: que en cuestiones como la que se discute, todo depende de la interpretación que cada uno dé á los casos que observa; que sus juicios se fundan en treinta observaciones, y que de ellas cree poder deducir, que con la luz roja disminuye la intensidad de la fiebre, y son menores y de menor gravedad las complicaciones.

El Sr. Presidente dió por terminada esta discusión, manifestando que los debates pendientes continuarían en el curso próximo. Felicitó á cuantos habían hecho uso de la palabra en el actual, y suspendió las sesiones literarias, por lo avanzado de la estación, según la costumbre establecida por las Corporaciones académicas.

Añadió, que como tributo y homenaje debidos á un compañero ilustre, se creía obligado á hacer constar: Que el distinguí

do Académico, Sr. Cortezo, había cesado en el desempeño del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, quedando todos obligados con la más profunda gratitud, por el interés vivísimo que ha demostrado por el brillo de la Corporación, y por la huella que deja de su gestión ministerial, que no es lícito desconocer ni olvidar.

Después se levantó la sesión de hoy.

El Secretario perpetuo,
MANUEL IGLESIAS Y DÍAZ.

REGLAMENTO

DE LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA,

como resulta de las actas de las sesiones de gobierno celebradas en 10 de Junio y 4 de Julio de 1904; 21 de Enero; 6 y 23 de Febrero; 2, 9, 16, 23 y 30 de Marzo; 6, 13 y 27 de Abril; 4 y 25 de Mayo, y 8, 15, 20 y 30 de Junio del año actual.

CAPÍTULO PRIMERO

PROVISIÓN DE PLAZAS DE ACADÉMICOS NUMERARIOS

Artículo 1.º Cuando resulte vacante una plaza de Académico numerario, la Secretaría lo comunicará á la Academia en la primera sesión de gobierno que después se celebre, para que ésta resuelva lo que juzgue conveniente.

Art. 2.º Si se acordare la publicación del anuncio, lo cumplirá el Secretario, consignando las condiciones que para ser Académico numerario exige el art. 6.º de los Estatutos; poniéndolo, además, en conocimiento de la Sección á que corresponda la vacante.

El día en que termine el plazo para la admisión de propuestas, el expresado Secretario cerrará el expediente, que presentará á la Academia en la primera sesión de gobierno.

Art. 3.º Las propuestas para las plazas de Académicos numerarios deberán presentarse acompañadas de la relación de méritos de los candidatos, suscritas por los mismos y garantidas con las firmas de los proponentes, que se cerciorarán de la exactitud de los datos en ella contenidos por los medios que es-

timen convenientes. En ellas se expresará, con arreglo á lo prevenido en el art. 6.º de los Estatutos:

1.º La fecha de los títulos profesionales del candidato, expresando el número de su registro en los correspondientes libros.

2.º Sus publicaciones originales y los actos de oposición por los cuales se haya distinguido en su facultad, especialmente en los ramos de la Sección á que aspire, así como los cargos que desempeñe.

Y 3.º Hallarse domiciliado en Madrid.

Deberán añadir los proponentes que responden de la aceptación del interesado, en el caso de ser elegido.

Art. 4.º La Sección, convocada expresamente y con asistencia, al menos, de las dos terceras partes de los individuos que la compongan, y que no se hallen imposibilitados de asistir por enfermedad ó ausencia duradera, se enterará del anuncio de la vacante, y pasará, después de leídos los artículos correspondientes de los Estatutos y de este Reglamento, á examinar las propuestas, adquiriendo cuantas noticias sean necesarias sobre las cualidades que deban reunir los candidatos, según el artículo 6.º de los Estatutos. Luego que esté bien enterada, procederá en votación secreta, por bolas, á declarar, una por una, si las considera admisibles, por reunir los candidatos las condiciones requeridas; formando después, y también en votación secreta, la lista de los admitidos, según el orden que determina el párrafo 3.º del art. 7.º de los Estatutos.

Art. 5.º En la lista de candidatos admitidos que la Sección ha de presentar á la Academia, se consignará, con respecto á cada uno de ellos, su antigüedad profesional, los méritos que tenga comprobados, sus publicaciones y los actos por los cuales se haya distinguido en su facultad, así como por los que haya demostrado conocimientos especiales en las materias de la Sección; y será remitida á la Secretaría de la Academia con el acta, suscrita por el Presidente y el Secretario, en que conste el número de los Vocales que hubieren tomado parte en la votación, nominalmente consignado, y el de votos que haya alcanzado cada candidato en el lugar que ocupe.

Art. 6.° En sesión de gobierno se dará lectura á la Academia del informe de la Sección á que se refieren los artículos precedentes, y quedará sobre la mesa, con toda la documentación, hasta la sesión próxima, en que se verificará la discusión del dictamen y la votación.

Art. 7.° Para comprobar la asistencia de los Académicos á la elección, previa la convocatoria especial preceptuada en el art. 7.° de los Estatutos, leerá el Secretario, antes de proceder al acto, la lista de los que se hallen presentes, y la de aquéllos cuya falta de asistencia se halle justificada por imposibilidad física ó ausencia duradera, consignándolo en el acta; y en seguida se procederá á la votación, según se ordena en el art. 7.° de los Estatutos.

Art. 8.° Para hacer la votación, se repartirá á los Académicos presentes papeletas, que contengan cada una el nombre de un candidato, y otra en blanco. Pero en el caso de que sólo hubiere un candidato, se votará su admisión por bolas blancas y negras (1).

Art. 9.° Si en dicha votación no obtuviere ninguno de los candidatos la mayoría absoluta que exige el art. 7.° de los Estatutos, se verificará seguidamente otra, en la cual sólo podrán figurar los dos que hubieren alcanzado mayor número de sufragios.

En caso de empate entre los que, por el número de votos obtenidos en el primer escrutinio, puedan entrar en segunda votación, se hará una especial, que designe el que deba ser preferido.

Art. 10. De no lograr mayoría absoluta alguno de los candidatos en la segunda votación, se hará una tercera en otra sesión, que no podrá celebrarse hasta que transcurran siete días; y si el resultado fuere igual, la Academia decidirá en el mismo

(1) En sesión de 10 de Diciembre de 1892, al procederse á la provisión de dos plazas en la Sección de Cirugía, y por haber propuesto un señor Académico, que en la misma papeleta se votaran dos candidatos para las dos vacantes, la Academia acordó votar por separado cada una de las plazas, por ser ésta la práctica constante de la Corporación, y porque los Estatutos y el Reglamento se refieren siempre á la votación de una sola vacante.

acto, por bolas blancas y negras, si ha de declararse desierto el concurso, ó si se repetirá la votación en otra junta, que se verificará pasados quince días.

Art. 11. Si en esta tercera sesión tampoco obtuviera mayoría absoluta ninguno de los candidatos, se repetirá la votación por bolas blancas y negras, que se prescribe en el artículo anterior; siguiéndose el mismo procedimiento en cuantas juntas sean necesarias para la resolución del caso.

Art. 12. En cualquiera de las votaciones para Académico de número se declarará desierto el concurso, si el número de papeletas blancas ó de bolas negras constituyere la mayoría absoluta de votantes, ó si el total de papeletas blancas fuere superior ó igual al de votos alcanzados por el candidato más favorecido.

Art. 13. De no presentar el Académico electo su discurso de recepción en el plazo señalado en el art. 8.° de los Estatutos, el Presidente de la Academia, cumpliendo lo prevenido en el caso séptimo del art. 22 de los mismos, requerirá al interesado para que cumpla aquella prescripción; y de no obtener resultado satisfactorio su excitación, lo pondrá en conocimiento de la Academia, para que ésta acuerde lo que estime conveniente.

Art. 14. La Memoria que el electo haya escrito para su recepción, después de presentada á la Academia en sesión de gobierno, será leída en la Sección correspondiente, con asistencia del mismo número prevenido para el examen y calificación de las propuestas.

Si la Sección no la considera admisible, la devolverá al candidato, para que la reforme ó presente otra en su lugar.

Art. 15. El dictamen que la Sección presente, cuando estime que la Memoria es admisible para el acto de la recepción, irá acompañado del acta correspondiente, en los términos que dispone el art. 5.° de este Reglamento, y quedará sobre la mesa hasta la junta inmediata, en que se votará la aprobación por bolas.

Art. 16. El discurso de contestación, que habrá de leerse á nombre de la Academia por el individuo que la misma hubie-

re designado, según previene el art. 8.° de los Estatutos en su párrafo 2.°, será aprobado como los de las sesiones inaugurales.

Art. 17. La impresión de los discursos de recepción será costeada por el candidato, como previenen los Estatutos en el citado art. 8.°, párrafo 3.°; pero si el de contestación excediera en extensión al redactado por el electo, será de cuenta de la Academia el coste del exceso.

Art. 18. La antigüedad de los Académicos numerarios se contará desde el día de su recepción.

Cuando un Académico de número desee trasladarse de Sección, por existir vacante, lo solicitará por escrito de la Academia; y ésta, previo informe de la Sección decidirá si há lugar al traslado en votación secreta, por bolas blancas y negras.

CAPÍTULO II

NOMBRAMIENTO DE ACADÉMICOS CORRESPONSALES

Art. 19. Cuando se presente algún trabajo científico con el fin de obtener el título de Corresponsal, las Secciones correspondientes deberán adquirir certeza de que los aspirantes reúnen las circunstancias requeridas por los artículos 11 y 12 de los Estatutos. Examinarán después los trabajos presentados, leyéndolos en junta, si su extensión lo consintiere, y los pasarán á un Ponente, para que forme el extracto de su contenido y la propuesta de informe.

La Sección acordará el dictamen que deba ser presentado á la Academia, conforme á lo prevenido en los Estatutos, á fin de que ésta proceda con arreglo á lo que en el mismo se determina.

Si el informe de la Sección fuera desfavorable, se entenderá desestimada la pretensión del aspirante, sin que se permita discusión.

En el caso de que el trabajo fuere calificado como de importancia y de mérito suficiente, se abrirá discusión sobre el dictamen, procediéndose después á la votación prescrita en el artículo 11 de los Estatutos.

Art. 20. Sólo se admitirán para el expresado objeto los libros originales impresos, que traten alguna de las materias técnicas ó prácticas propias del objeto de la Academia, y los folletos impresos y las Memorias manuscritas que versan sobre los mismos objetos, y hayan sido compuestos expresamente para la Corporación.

CAPÍTULO III

IMPRESOS Ó MANUSCRITOS QUE SE REMITAN Á LA CORPORACIÓN

Art. 21. Todos los manuscritos que reciba la Academia pasarán á examen de las Secciones correspondientes, así como los impresos acompañados de solicitud de sus autores para que aquélla emita su juicio.

Art. 22. Las Secciones, al redactar su dictamen, manifestarán:

1.° Si la obra manuscrita ó impresa merece tan sólo que se den las gracias á sus autores.

2.° Si convendrá leerla y discutirla en la Academia.

Y 3.° Si su mérito es tan notable, que deba incluirse entre las publicaciones de la Corporación.

Art. 23. La Academia, en vista del informe, acordará lo que estime justo, debiendo quedar sobre la mesa para discutirle y votarle en las sesiones próximas, en los casos 2.° y 3.°

CAPÍTULO IV

ORDEN DE LAS DISCUSIONES DE LA ACADEMIA

SECCIÓN PRIMERA

SESIONES DE GOBIERNO

Art. 24. Estas sesiones tendrán por objeto los asuntos expresados en el art. 33 de los Estatutos.

Comenzarán por la lectura y aprobación del acta anterior; se leerán después las comunicaciones oficiales y la correspondem-

cia particular; á continuación se dará cuenta de las proposiciones que se hayan presentado, con arreglo á lo prevenido en el art. 51 de este Reglamento; y se tratará inmediatamente de los asuntos anunciados en la orden del día, así como de los que se declaren urgentes, á propuesta de la Mesa ó á petición de algún Académico, por las dos terceras partes de los que se hallen presentes.

Art. 25. Los dictámenes de las Secciones y Comisiones que hayan de someterse á la deliberación de la Academia, se extenderán, siempre que el asunto se preste á ello, á juicio del Ponente, en forma de *resultandos*, que contendrán el extracto, y de *considerandos*, en que se incluirán los razonamientos ó fundamentos que conduzcan á las conclusiones.

Art. 26. Sobre el dictamen de que se haya dado cuenta, se abrirá discusión, primero en totalidad y después por partes, si fuere divisible; debiendo usar de la palabra los Académicos que la pidieren en el orden alternativo de impugnación y defensa, ó sea en pro y en contra.

A los individuos de la Sección ó Comisión se les reserva el derecho de aclarar ó rectificar, siempre que lo tengan por conveniente, y de contestar á su vez, llenando el turno de defensa, con preferencia á los Académicos que quieran hablar en este sentido.

Si algún Académico lo pidiere antes de comenzar la discusión, quedará el dictamen leído sobre la mesa hasta la sesión próxima.

Art. 27. En el caso de que no hubiere ningún Académico que deseare impugnar el dictamen, se permitirá el uso de la palabra al que se proponga pedir aclaraciones ó esclarecer la cuestión, consumiendo turno para los efectos del artículo que sigue.

Art. 28. Después de haber hablado tres Académicos en pro y tres en contra del dictamen que se discuta, dispondrá el Presidente que se pregunte, *si está el asunto suficientemente discutido*, pasando á la votación, si se acordare de un modo afirmativo, y continuando el debate hasta consumir otro turno, en caso contrario.

Art. 29. Ningún Académico podrá hablar sobre un mismo asunto más de una vez, excepto los individuos de la Sección ó Comisión cuyo dictamen se discuta y los autores de proposiciones, que estarán en el mismo caso; y sólo se permitirán breves rectificaciones, según el prudente arbitrio del Presidente.

Art. 30. Los votos particulares se discutirán y votarán antes que el dictamen de las Secciones y Comisiones, considerando á sus autores en el caso de éstas para los efectos del artículo 26.

Art. 31. Las enmiendas ó adiciones que se presenten á un dictamen, serán apoyadas por el Académico que las hiciere, antes de dar principio á la discusión de aquél.

La Sección ó Comisión manifestará después si las admite ó no. En el primer caso, se discutirán con el dictamen á que se refieran. En el segundo, la Academia votará si las toma en consideración; y en caso afirmativo, se discutirán con los informes, concediéndose tres turnos en pro y tres en contra. Después se votarán; y si fueran aprobadas, quedarán convertidas en dictamen de la Academia, entendiéndose desechado el de la Sección ó Comisión á que la enmienda se refiera.

Art. 32. Las Secciones y Comisiones podrán admitir las enmiendas, adiciones ó supresiones que se propongan en la discusión, modificando su dictamen en el sentido de las mismas, así como tendrán también la facultad de retirarle, cuando lo estimaren conveniente.

Los dictámenes desechados volverán á la misma Sección ó Comisión, para que se redacten de nuevo con arreglo al espíritu del debate; y si no se prestaren á desempeñar este trabajo, nombrará la Academia en el acto una Comisión especial, á propuesta del Presidente.

Art. 33. Cuando la Academia haya de deliberar sobre proposiciones presentadas por los Académicos, se observarán las reglas establecidas en los artículos anteriores, considerándose al autor ó autores en el caso de las Secciones ó Comisiones, para los efectos que en los mismos se expresan.

Art. 34. Adoptado un acuerdo por la mayoría de la Aca-

demia, sólo podrán formular los votos particulares, á que se refiere la Real orden de 31 de Marzo de 1881, los Académicos que hayan tomado parte en las correspondientes discusiones.

SECCIÓN SEGUNDA

DE LAS SESIONES LITERARIAS

Art. 35. El año académico tendrá los límites que el civil, y la solemne sesión inaugural del mismo se celebrará en un día festivo del mes de Enero, que señalará la Comisión de Gobierno.

Art. 36. Las sesiones literarias se destinarán al estudio y discusión de los asuntos que no hayan de ser objeto de las de gobierno.

Art. 37. Al principio de cada año acordará la Corporación, con arreglo á Estatutos, el día de la semana en que hayan de celebrarse estas sesiones; y en dicho tiempo, ó en cualquier otra época, resolverá si han de ser públicas.

Art. 38. El Presidente preparará las sesiones literarias, informándose de las Memorias, temas ó cuestiones científicas que presenten los Académicos, las Secciones ó las Comisiones, para que sean tratados en ellas, y de los individuos que deseen tomar parte en la discusión que se entable. En el caso de no haberlos, cuidará de hacer las invitaciones convenientes á todos los Académicos.

Art. 39. En las sesiones literarias, después de leída y aprobada el acta de la anterior, se dará cuenta de las comunicaciones científicas y obras que se reciban ó presenten los Académicos, pudiendo éstos dar una breve noticia de su mérito y de la materia que contengan. Inmediatamente se concederá la palabra á los que se propongan hacer alguna comunicación verbal de casos prácticos, ó de observaciones que merezcan ponerse en conocimiento de la Corporación; y en seguida se leerán y discutirán los demás asuntos científicos propios de estas sesiones, en la forma y orden que se hubiere establecido; pero sin que pueda tratarse de otras materias que de las dispuestas por la Academia, ni verificarse votaciones.

Art. 40. Sobre los asuntos que en estas sesiones se presenten, se abrirá discusión, usando de la palabra los Académicos que gusten hacerlo, por el orden en que la fueren pidiendo. Los autores de las Memorias ó escritos de que se trate, y los observadores, operadores, inventores de instrumentos y demás que tengan necesidad de apoyar sus trabajos ó inventos, necesitan la autorización de la Academia para intervenir en los debates, si no fueren Socios.

Art. 41. Los individuos de la Sección ó Comisión de cuyo informe se tratare, y los autores de los trabajos que se sometieren á discusión, usarán de la palabra siempre que lo tengan por conveniente, para aclarar, rectificar ó contestar las observaciones que sobre ellos hicieren los Académicos, que hubiesen tomado parte en aquélla.

En el caso de que el interés del asunto obligare á muchos Académicos á empeñarse en el debate, el Presidente formará turnos de á tres.

Después de haber consumido el primero, y oídas las contestaciones dadas por un individuo de la Sección ó Comisión, ó por el autor del dictamen ó trabajo que se discuta, se dispondrá por el Presidente que se pregunte, *si se considera el punto suficientemente discutido;* cerrándose la discusión en caso afirmativo, y continuando en el contrario con los anotados para otro turno, hasta consumirle.

De igual manera se procederá al concluir de usar de la palabra los del segundo turno.

Art. 42. Si después de terminada una discusión, hubiere de recaer acuerdo de la Corporación, se procederá en sesión de gobierno á la lectura de la propuesta de acuerdo y á su votación.

Lo mismo se hará cuando la Sección ó Comisión lo propusiere al presentar su informe, y si la Academia lo acordare, á propuesta de tres Académicos numerarios y por medio de una proposición.

En tales casos, deberá presentarse formulado el proyecto de acuerdo por la Sección ó Comisión, ó por los Académicos proponentes, discutiéndose y procediéndose á la votación en la forma ordinaria.

Art. 43. Los Académicos que hagan uso de la palabra en estas sesiones, podrán remitir á la Secretaría los discursos que en ellas pronuncien, antes de que se apruebe el acta de la misma; pero si no lo verificaren en dicho plazo, se entenderá que aceptan las notas tomadas por el Secretario.

SECCIÓN TERCERA

DISPOSICIONES GENERALES Y VOTACIONES

Art. 44. Los Académicos se darán en las sesiones el tratamiento de *Señoría*.

Art. 45. En los oficios de aviso para todas las sesiones se anotarán los asuntos que estén preparados para ser resueltos en ellas, de los cuales, así como de los que se declaren urgentes, con arreglo á lo prevenido en el art. 24 de este Reglamento, se dará cuenta en el orden que señale el Presidente, á propuesta del Secretario.

Art. 46. Las sesiones empezarán puntualmente media hora después de la señalada, y para celebrarlas deberá hallarse presente, á lo menos, la cuarta parte de los Académicos de número en ejercicio, inclusos el Presidente, ó el que haga sus veces, y el Secretario. Exceptúanse los casos en que, según Estatutos, se requiera mayor concurrencia.

Art. 47. Al Presidente suplirá el Vicepresidente, y en ausencia de ambos abrirá la sesión y la presidirá el Académico más antiguo de los presentes. El que empezare á presidir, no cederá su puesto sino al Presidente, cuando éste llegare después de abierta la sesión.

Art. 48. A falta de los dos Secretarios, actuará con este carácter el Académico más moderno de los presentes.

Art. 49. Si á la hora en que deba abrirse la sesión, no se hallare reunido el número de Académicos que prescriben los Estatutos y este Reglamento, lo declarará así el Secretario, y se retirarán los que hayan concurrido, no celebrándose sesión.

Art. 50. La duración de las sesiones será de hora y media, á no acordar la Academia que se prorroguen por media hora más.

Art. 51. No se adoptará acuerdo alguno sin que tome parte en la votación el número de Académicos preceptuado, y no podrá excusarse de votar ninguno de los que se hallen presentes.

Art. 52. Ninguna proposición será admitida sin que esté formulada por escrito y firmada por su autor.

De las que se presenten con tales requisitos, dará cuenta el Secretario después que termine el despacho ordinario; y si después de apoyada por su autor, la toma en consideración la Academia, quedará sobre la mesa hasta la sesión próxima, en que será discutida, á no declararse de urgencia por las dos terceras partes de los Académicos que se hallen presentes, en cuyo caso se procederá á discutirla en el acto, con arreglo á las prescripciones reglamentarias.

Art. 53. Si algún Académico, en el calor de la discusión, faltare á las consideraciones debidas á los demás, al respeto de la Corporación ó á lo que exija la conveniencia, será llamado al orden por el Presidente; retirándole la palabra si insistiere, ó si dejare de dar en su caso satisfacción cumplida de las expresiones ofensivas.

Art. 54. Podrá reclamarse que se *escriban determinadas palabras*, y el Presidente invitará al que las haya proferido á que las explique ó las retire. En estos casos la Academia adoptará las resoluciones que juzgue convenientes á su decoro, al de sus individuos y á la justicia.

Art. 55. Las votaciones ordinarias de la Academia serán colectivas, significándose la aprobación por el acto de levantarse; y nominales ó secretas, si lo pidiere alguno de los Académicos presentes.

Art. 56. Después de las votaciones colectivas podrá hacer constar su voto contrario al acuerdo adoptado, el Académico que guste, de los que se hallen presentes, ya en el mismo acto, bien al terminar la lectura del acta en la sesión siguiente.

Art. 57. Las votaciones secretas se harán por bolas blancas y negras ó por papeletas, según los casos. La urna de la votación estará colocada en el salón de sesiones, en un sitio separado del que ocupen los Académicos; y el Secretario irá

llamando á votar por el orden de colocación de los presentes, acabando por el que presida. Concluída la votación, harán el escrutinio el Presidente y los dos Secretarios, y á falta de alguno de éstos, el Académico más antiguo de los presentes.

Art. 58. Se verificará votación secreta en todos los casos en que se trate de asuntos personales.

Art. 59. Los acuerdos se tomarán siempre por mayoría absoluta de votos. Se entenderá que la hay, si vota en el mismo sentido la mitad más uno de los presentes, cuando el número de votantes sea par; y de ser impar, si resultan conformes los votos de la mitad correspondiente al número par inmediatamente inferior al de votantes, y uno más.

En caso de empate, ó de no obtenerse mayoría absoluta, se repetirá inmediatamente la votación; y si ésta ofreciere el mismo resultado, se decidirá el caso en otra sesión, expresamente convocada para el objeto.

Art. 60. No se tratará de ningún asunto que interese personalmente á alguno de los Académicos, ó á sus parientes dentro del cuarto grado, á presencia del mismo, á no ser que tuviere que presentar descargos ó dar explicaciones sobre el particular.

Art. 61. Cuando el Presidente haya de terciar en los debates, ocupará la presidencia el Académico á quien corresponda.

CAPÍTULO V

SECCIONES Y COMISIONES

Art. 62. Las Secciones y Comisiones se reunirán en el lugar, día y hora que acuerden, ó determine el respectivo Presidente, para tratar de los asuntos que las correspondan. Si alguno de sus vocales deseare la junta, lo comunicará al Presidente, para que éste resuelva lo que estime oportuno.

Art. 63. Las Memorias, producciones literarias y dem asuntos que pasen á las Secciones ó Comisiones, se leerán pı

meramente en ellas, para convenir el dictamen que proceda; después de lo cual se formará el extracto, y se redactará por el Ponente que se designe el informe acordado, que será después discutido y votado. Pero si el trabajo sobre que hubiere de versar el informe consistiera en un libro, pasará desde luego á un Ponente, para que le extracte y formule el proyecto de dictamen, que ha de someterse al fallo de la Sección ó Comisión.

Art. 64. Las Secciones y Comisiones podrán reclamar, por conducto de la Secretaría de la Academia, los documentos ú otros datos que consideren necesarios ó convenientes para evacuar sus informes.

Art. 65. La Comisión de Gobierno facilitará á las Secciones y Comisiones las publicaciones y escritos que reclamen para el mejor desempeño de su cometido, y pueda facilitarles.

Art. 66. La Comisión de Farmacopea redactará dicha obra, el Petitorio y la Tarifa oficiales, revisando y haciendo nuevas ediciones de dichos trabajos, que someterá al examen y aprobación de la Academia, firmándolos todos sus Vocales.

Art. 67. La Comisión de Diccionario Tecnológico, que se compondrá de siete Académicos, estará encargada de la formación de esta obra; remitirá sus trabajos en consulta á las Secciónes para su revisión, cuando termine los artículos comprendidos en cada una de las letras; y los someterá después á la aprobación de la Academia.

Art. 68. La Comisión de Vacunación, que se compondrá de cinco médicos, de un veterinario y de un farmacéutico, estudiará las cuestiones que al uso de las vacunas se refieren, utilizando los datos y noticias que el Gobierno la suministre, bien espontáneamente ó á petición de la misma, y consignando anualmente en una Memoria el resultado de sus tareas.

Art. 69. Para el despacho de los asuntos de Medicina legal que se consulten á la Academia, habrá cuatro Comisiones de Medicina forense, que se denominarán 1.ª, 2.ª, 3.ª y 4.ª, y constarán de cinco Vocales, por lo menos, cada una, eligiendo su Presidente y su Secretario.

Las tres primeras evacuarán por turno riguroso los informes que, acerca de estas materias, se pidan á la Corporación, con arreglo á la legislación vigente; y la 4.ª aquéllos en que haya de hacerse aplicación especial de la Química, de la Física, de la Historia Natural ó de la Farmacia.

La Comisión de Gobierno emitirá los informes referentes á tasación de honorarios, ultimándolos, en nombre de la Academia, si correspondieren á Juzgados municipales ó de primera instancia; y dando cuenta de los mismos á la Corporación en la primera sesión que celebre, para su conocimiento, sin que se permita debate ni votación. Pero si dichos informes fueren reclamados por Audiencias ó Tribunales superiores, la Comisión de Gobierno actuará como Ponente, sometiéndolos al juicio de la Academia en la misma forma que los demás proyectos de dictamen.

Las mencionadas Comisiones fijarán ó propondrán en cada caso los honorarios de la Corporación.

Art. 70. La Comisión de efemérides, epidemias, geografía y estadística médicas, de que formarán parte un Profesor de veterinaria y el número de médicos que se consideren necesarios, hará los estudios propios de su instituto; reunirá los datos estadísticos, evacuará los informes, y desempeñará las funciones que el Gobierno ó la Corporación la encomienden; redactará las efemérides epidémicas de Madrid, cuyo trabajo someterá al juicio de la Corporación; y procurará, cuando se manifieste alguna epidemia, contagio ó epizootia, adquirir de las autoridades, centros y dependencias de Sanidad, ó de otros profesores, cuantos datos sean precisos para formar conocimiento cabal de las mismas, redactando el correspondiente dictamen.

Art. 71. La Comisión de publicaciones y corrección de estilo tendrá á su cargo la publicación de los Anales de la Academia, y la revisión de los trabajos generales que publique la Corporación, con excepción de los señalados en el art. 30 de los Estatutos, que corresponderán á las respectivas Comisiones permanentes.

Las pruebas de las actas de las sesiones literarias, que han

de ver la luz pública en los ANALES, se enviarán á los Académicos, que expresen este deseo al Secretario en tiempo oportuno.

Art. 72. Después de aprobados los informes en las Secciones y Comisiones permanentes, se remitirán, con la correspondiente comunicación, á la Secretaría de la Academia, firmados por el Presidente, el Ponente y el Secretario.

Art. 73. Las vacantes que ocurran en las Comisiones permanentes se cubrirán por la Academia á propuesta de la de Gobierno, procurando que los Académicos pertenezcan á las mismas en proporción equitativa.

Art. 74. Ningún Académico podrá pertenecer á más de una Sección, ni estará obligado á servir en más de una Comisión permanente; pero con su consentimiento podrá nombrársele para diferentes Comisiones.

Cuando por vacante ó enfermedad disminuya el número de los Vocales de una Sección ó Comisión en tales términos, que se ofrezcan dificultades para desempeñar sus funciones, el Presidente de la Academia agregará interinamente á las mismas los Académicos que se estimen precisos, contando siempre con el asentimiento de los mismos; los cuales cesarán en cuanto los Vocales propietarios se hallen en disposición de desempeñar sus cargos.

Art. 75. Las Comisiones accidentales, de las que será Presidente el más antiguo y Secretario el más moderno, desempeñarán su cometido, ateniéndose á las reglas generales que en este capítulo se establecen, debiendo suscribir sus dictámenes todos los individuos que las compongan.

CAPITULO VI

CARGOS ACADÉMICOS.—COMISIÓN DE GOBIERNO.—RESOLUCIÓN DE ASUNTOS NO OBLIGATORIOS.—EXPEDIENTES DE AGUAS MINERALES NATURALES

Art. 76. Los individuos que fueron elegidos para los cargos en las renovaciones bienales, tomarán posesión de los mismos en la primera sesión de gobierno, que se celebre en el primer

año académico del bienio, y antes de que se celebre la sesión inaugural del mismo.

Art. 77. La Comisión de Gobierno cuidará del cumplimiento de lo prevenido en los Estatutos y en este Reglamento, así como de la ejecución de los acuerdos de la Academia, en la parte que le corresponda; dispondrá y dirigirá la impresión de las obras y publicaciones que los Estatutos encomiendan á la Corporación, y demás que por la misma se acuerde; examinará y aprobará el Resumen de actas, que se ha de leer en la inaugural de cada año; administrará los fondos con sujeción al presupuesto aprobado, á cuyo fin se reunirá todos los meses, para enterarse del estado de caudales, y acordar la distribución que corresponda en el inmediato; formará el presupuesto de gastos y recompensas con arreglo al estado de fondos, que á fin de cada año someterá á la aprobación de la Academia, para que rija en el próximo; presentará igualmente al principio de cada año la cuenta general de ingresos y gastos del anterior, á los efectos de los artículos 58 y 87 de los Estatutos, adoptando, respecto á los fondos propios de la Academia, el sistema de contabilidad especial que juzgue más conveniente; atenderá al fomento de la Biblioteca, en la que los libros, memorias ó manuscritos que se reciban ó adquieran serán marcados con un sello especial, que estará á cargo del Bibliotecario; y cuidará del ornato del local y del buen orden det odas las dependencias.

Art. 78. Los Académicos que ejerzan cargos se acomodarán en su ejercicio á las prescripciones, que sobre cada uno de ellos se hallan consignadas en el cap. III del tít. 5.° de los Estatutos (1).

(1) En junta de 5 de Diciembre de 1885, la Comisión de Gobierno aprobó las siguientes disposiciones de régimen interior:

1.ª Teniendo en cuenta que uno de los deberes del Secretario es conservar en buen orden y estado los documentos pertenecientes á la Secretaría, según el caso 5.° del art. 23 de los Estatutos, los Académicos que desempeñen los cargos, ó los demás individuos de la Academia, reclamarán de él por escrito los documentos que necesiten; y se les facilitará con el correspondiente recibo, á no ser que se ofreciere algún inconveniente.

Art. 79. Las horas de oficina de los empleados de la Secretaría y la distribución de los trabajos, se designarán por el Secretario perpetuo. Será éste el jefe inmediato de todos los dependientes de la Corporación, y podrá concederles las licencias que sean compatibles con el servicio de la Academia.

Los empleados de la Secretaría sólo recibirán directamente órdenes del Secretario perpetuo.

Art. 80. La Comisión de Gobierno podrá admitir temporeros, cuando lo juzgue necesario, para el desempeño de los trabajos de la Secretaría, de la Biblioteca ó de las Secciones y Comisiones.

Art. 81. El Bibliotecario será el jefe de la Biblioteca, y

en cuyo caso se reunirá la Comisión de Gobierno para resolver lo que proceda.

2.ª El Secretario determinará, después de firmados por quien corresponda los informes ú otra clase de documentos de la Corporación, el empleado que haya de llevarlos á su destino; y en ningún caso consentirá que desempeñen este cometido otras personas, pertenezcan ó no á la Corporación. Esto sin perjuicio de lo que pueda determinar en casos especiales la Comisión de Gobierno.

3.ª La apertura de la correspondencia dirigida á la Academia ó á su Presidente, sin designación de persona, corresponde al Secretario, quien la enviará, con las precauciones debidas, al Presidente, para su conocimiento, y á fin de que provea lo conveniente, en uso de sus atribuciones; volviendo después á Secretaría para la oportuna tramitación. Los pliegos que tengan la nota de *urgente*, se abrirán por el primero que los reciba, sea el Secretario ó el Presidente, siguiéndose luego el orden establecido para los demás.

4.ª Debiendo la Comisión de Gobierno, según el art. 77 de este Reglamento, cuidar del ornato del local y del buen orden de todas las dependencias, sólo á ella corresponde cuanto se refiera á dicho objeto, pudiendo ceder el local en casos determinados, y de conformidad con el contrato de arrendamiento.

El Secretario, en vista de las noticias que diariamente le facilitarán los empleados de la Corporación, dispondrá la habitación en que hayan de reunirse las Secciones y Comisiones.

5.ª El Secretario manifestará al Presidente, cuando el número ó la índole de los asuntos lo exijan, la conveniencia de que convoque á sesión de gobierno.

6.ª Al Presidente corresponde señalar dia y hora para las sesiones, á no

además de los deberes que le corresponden por el art. 27 de los Estatutos, tendrá el de proponer á la Comisión de Gobierno, como encargada del fomento de la Biblioteca, la adquisición de las publicaciones que estime convenientes para los fines de la Academia; pudiendo hacer igual propuesta los demás Vocales de dicha Comisión, así como los Académicos que no formen parte de ella.

Art. 82. Los asuntos que se sometan á consulta de la Academia, y cuya resolución no sea obligatoria por los Estatutos ú otras disposiciones legales, se aceptarán ó devolverán según el prudente arbitrio del Presidente, que podrá someter el caso al juicio de la Comisión de Gobierno. Los que se acepten, serán despachados y ultimados por la Comisión de Gobierno, por una Sección ó por una Comisión permanente ó especial, á elec-

ser que la Academia tenga dispuesta cosa en contrario: y al Secretario redactar y firmar el oficio de aviso, consignando, si se trata de sesiones de gobierno, todos los asuntos que se hallen preparados en Secretaría con dicho objeto; y si fuere sesión literaria, los temas, comunicaciones y demás materias científicas dispuestas para tales juntas.

7.ª Cuando alguno de los que desempeñen los cargos haya de ausentarse, ó se encuentre enfermo, lo comunicará por escrito, si fuere posible, ó por cualquier otro medio, al Académico que haya de sustituirle; y lo mismo hará antes de volver al desempeño de sus funciones.

En ningún caso se consentirá que los ausentes ó enfermos desempeñen funciones parciales del cargo que otro sustituya.

Si los interesados omitieren la mencionada formalidad, el Secretario dará los correspondientes avisos.

8.ª Si ocurriere alguna diferencia respecto á las atribuciones de los cargos, se reunirá inmediatamente la Comisión de Gobierno, para resolver lo que proceda.

9.ª Los Académicos que desempeñen los cargos no pueden entender en los asuntos que personalmente les interesen, y deberán pasarlos inmediatamente al que deba sustituirlos.

10. En las sesiones inaugurales y de recepción ocuparán los asientos que resulten vacantes en la mesa, el Vicepresidente y el Secretario-Contador; y á falta de éstos, los Académicos más antiguos de entre los presentes. El Subsecretario de Instrucción pública tomará asiento á la derecha del Presidente, y á ninguna otra persona, por elevada que sea su categoría, se le dará preferencia sobre los individuos de la Corporación, exceptuando los Ministros de la Corona, que ocuparán siempre la presidencia.

ción del Presidente; dando conocimiento á la Academia de su informe en la primera sesión de gobierno que se celebre, sin permitirse discusión ni votación.

En casos difíciles ó de trascendencia, las Secciones ó Comisiones podrán someter su dictamen al fallo de la Academia en pleno.

Art. 83. Las consultas extraoficiales que el Presidente ó la Academia crean conveniente aceptar, se confiarán á Comisiones especiales, que las evacuarán directamente, dando conocimiento á la Academia de su informe en la primera sesión de gobierno, sin que se permita en ella discusión ni votación.

Art. 84. En los expedientes de autorización para expender al público como medicamento un agua mineral natural, deberá hacerse constar:

1.° El análisis químico completo, cualitativo y cuantitativo, practicado por persona legalmente autorizada, en que se consignen los procedimientos que se han seguido en la investigación, y se expongan los resultados directos y el cálculo ó análisis sistemático.

2.° La aplicación médica de las aguas, manifestando en una Memoria los resultados clínicos y las enfermedades en que su uso ha sido más conveniente ó provechoso, ó presentando certificaciones de los facultativos que hayan prescrito las aguas, con expresión de los efectos observados y la clase de dolencia en que tales agentes hayan producido satisfactorios resultados.

CAPÍTULO VII

CALIFICACIÓN DE LAS MEMORIAS PRESENTADAS EN LOS CONCURSOS DE PREMIOS

Art. 85. Las Memorias presentadas en los concursos abiertos por la Academia, en la forma y plazo determinados en el programa respectivo, serán leídas en junta de la Sección á que por su objeto correspondan, y en sesiones convocadas al efecto; procediendo la misma, después de discutir lo que tenga

por conveniente sobre su mérito, á la calificación, primeramente de las que considere admisibles á lectura en la Academia, y después de las que merezcan *Premio, Accésit* ó *Mención honorífica*, entre las calificadas con mérito para ser admitidas.

La Sección extenderá el dictamen correspondiente, que deberá razonarse, y le remitirá á la Academia, acompañado de las actas en que se hayan juzgado las Memorias, con expresión nominal de los Vocales que hubieren concurrido y del número de votos para los acuerdos.

Art. 86. Sólo se leerán en la Academia, en sesiones expresamente convocadas, las Memorias reputadas por la Sección como admisibles; las cuales quedarán después en Secretaría, por el tiempo que la Academia acuerde, para que de ellas puedan enterarse mejor los Académicos.

Art. 87. En la sesión inmediata se leerá el dictamen de la Sección, y se abrirá discusión sobre el mérito absoluto y relativo de las Memorias.

Art. 88. Terminada esta discusión, se procederá á votar en secreto y por su orden: primero, si há lugar á declarar el premio; después, el *accésit*, y, por último, la *mención honorífica*. Inmediatamente se votará, en caso afirmativo, qué Memorias son merecedoras de las respectivas distinciones.

Art. 89. Sólo podrán tomar parte en esta votación los Académicos que hubieren concurrido á todas las sesiones de lectura de las Memorias; considerándose, sin embargo, habilitados para este fin, aun cuando no estuvieran en tal caso, los individuos de la Sección correspondiente, que hayan asistido en ella á la lectura de tales trabajos.

Los Académicos que faltaren solamente á una sesión de lectura de Memorias, podrán tomar parte en la votación, leyendo privadamente lo que en ella hubieren dejado de oir.

Art. 90. Se imprimirán por la Academia las Memorias que hubieren merecido el Premio, si así se hallare consignado en el correspondiente programa. Las que alcanzaren *Accésit*, podrán merecer la misma distinción, cuando la Sección lo proponga en su informe, y la Academia lo acuerde en la misma junta en que se acordare tal recompensa.

Art. 91. En la sesión inaugural en que los premios han de ser adjudicados, se leerán las actas referentes á la votación de cada uno de ellos, y se entregará al autor, con el premio, una copia autorizada de la que le corresponda; siendo obligatorio, tanto á éste como á la Academia, insertarla íntegramente en la primera página del trabajo, cuando se imprima y se exprese que ha merecido alguna distinción.

La misma regla se observará con las Memorias que hubieren obtenido *Accésit* ó *Mención honorífica.*

Art. 92. Si en el pliego cerrado que ha de acompañar á las Memorias presentadas en los concursos se hallaren dos ó más nombres, ó la designación de Corporaciones ó colectividades, sólo se les entregará la parte metálica del Premio, no haciéndolo de los diplomas ó títulos ofrecidos en la convocatoria. Pero en casos muy especiales, que la Academia apreciará en sesión de gobierno, podrán votarse los diplomas ó títulos que se estimen de justicia.

Art. 93. Como las Memorias presentadas á los concursos de premios son de propiedad de la Academia, sólo á ella corresponde el derecho de publicarlas, cuando á bien lo tenga, y en la forma que estime conveniente; pudiendo, sin embargo, cederle á los autores que hayan alcanzado *Premio*, *Accésit* ó *Mención honorífica*, previo informe de la Sección á que corresponda, y con la condición expresada en el artículo que precede.

CAPITULO VIII

REMUNERACIONES Á LOS ACADÉMICOS

Art. 94. Todo Académico de número percibirá por cada sesión á que asista, así de Academia como de Secciones y Comisiones, sin excluir las accidentales ni la de Gobierno, la cantidad que se asigne, á propuesta de la de Gobierno, y en vista del estado de caudales, en una de las sesiones del mes de Diciembre, según lo prevenido en el art. 56 de los Estatutos.

Art. 95. Para que conste la asistencia á las sesiones, firma-

rán los Académicos que concurran, hasta media hora después de comenzadas, según se previene en el art. 56 de los Estatutos, un libro especial, que estará en la mesa de la Presidencia, y cerrará el Secretario al cumplir el tiempo marcado, conservándole bajo su custodia. Antes de levantarse la sesión, leerá dicho Secretario los nombres de los que hayan asistido y firmado; y conformándose la Academia, se consignará el resumen al pie de las firmas, que autorizarán con las suyas el Presidente y el Secretario.

Art. 96. Respecto á las Secciones y Comisiones, cada día que éstas celebren junta, pasarán sus Presidentes al Secretario perpetuo una nota expresiva de los Académicos que hayan concurrido, extendida por los Secretarios respectivos, en conformidad con lo que conste en el acta. Estas notas se conservarán en Secretaría, para que la Comisión de Gobierno las tenga á la vista al hacer, cada seis meses, el reparto, con arreglo á lo dispuesto en los artículos anteriores.

Art. 97. Los honorarios que cobre la Academia por sus informes, se distribuirán: la mitad para sus fondos, una cuarta parte al Ponente, y otra cuarta parte á los demás individuos de la Sección ó Comisión, que hayan asistido á las sesiones celebradas para acordar el informe.

Art. 98. La Academia podrá considerar en adelante como presentes, para el abono de honorarios, á los Académicos de número que, habiendo desempeñado anteriormente todos sus deberes con notable celo y especial exactitud, cuenten al menos veinte años de antigüedad en el cargo, y sesenta y cinco de edad, hallándose padeciendo alguna dolencia crónica, ó las indisposiciones propias de la edad avanzada, que les impidan la asistencia. La petición se hará por escrito, é irá firmada al menos por tres Académicos; y la resolución se tomará en votación secreta, y sesión convocada exprofeso.

CAPITULO IX

RECOMPENSAS Á LOS AUTORES DE OBRAS QUE LA ACADEMIA PUBLIQUE Y VENDA

Art. 99. Todas las obras que la Academia publique, serán de su propiedad, así como también los productos que rindieren, y con éstos se recompensará el trabajo á los autores, del modo que á continuación se expresa.

Art. 100. En las obras que estén encomendadas á la Academia por los Estatutos, consistirá la recompensa en la cantidad que represente, del 25 al 30 por 100, de sus productos en venta, á propuesta de la Comisión de Gobierno y con aprobación de la Academia, según su importancia y el número de los individuos que hayan concurrido á su formación.

Esta recompensa se acordará luego que las obras estén terminadas y aprobadas por la Academia, y no se podrá variar en cada edición.

Art. 101. Los autores de dichas obras y sus herederos tendrán opción al tanto por ciento proporcional expresado, pero sólo de la venta de la edición en que hubieren tomado parte, ó de las reimpresiones.

Art. 102. Se aplicará á los fondos de la Corporación el producto íntegro de la venta de las publicaciones, en que se incluyan las Memorias, Discursos y demás trabajos de la Academia, así como los premiados ó distinguidos con alguna recompensa, cuando dicho producto sea de escasa significación. Pero si llegare á cierta cuantía, la Academia acordará, á propuesta de la Comisión de Gobierno ó de algún Académico, la remuneración especial que haya de otorgarse á los autores.

CAPITULO X

HONORES Á LOS ACADÉMICOS DIFUNTOS

Art. 103. Cuando fallezca un Académico numerario, el Presidente nombrará una Comisión que asista al entierro y funeral, y la Secretaría lo pondrá en conocimiento de todos los Socios. Además, se mandará rezar seis misas en sufragio de su alma.

Art. 104. Para honrar la memoria de los Académicos numerarios después de su muerte, se escribirá su biografía por el individuo que se designe, en la misma sesión en que se dé cuenta de su fallecimiento; cuyo trabajo deberá leerse, á ser posible, dentro de un año, y en los términos que acuerde la Comisión de Gobierno.

Art. 105. Esta Comisión reunirá las relaciones de méritos y servicios de los Académicos numerarios, que se conservarán en el Archivo.

Art. 106. Todos los años hará la Academia, en el día que señale la Comisión de Gobierno, unas exequias en sufragio de los Académicos difuntos, de los bienhechores de la Corporación, y de los prácticos que han honrado con sus publicaciones la Medicina patria.

CAPÍTULO XI

PUBLICACIONES DE LA ACADEMIA

Art. 107. Al principio de cada año se publicará un Anuario, en que conste la lista de los Académicos, por orden de antigüedad, y las señas de sus habitaciones; la distribución de los mismos en las Secciones y Comisiones; la relación de los q— vayan falleciendo, y todos los demás datos que se consider

convenientes. De este Anuario se repartirán ejemplares á las Academias, Centros oficiales y Tribunales.

Art. 108. Los trabajos á que se refieren los artículos 49 y 53 de los Estatutos, ó que no sean objeto de una impresión especial, se publicarán periódicamente, en los plazos y forma que la Academia acuerde, á propuesta de la Comisión de Gobierno, llevando la publicación el título de ANALES DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA.

DISPOSICIÓN GENERAL

Las prescripciones de este Reglamento podrán variarse en cualquier tiempo por la Academia, á propuesta de su Comisión de Gobierno ó de tres Académicos de número que lo pidan. Esta propuesta, que en el caso de proceder de los Académicos, deberá ser informada por la Comisión de Gobierno, se discutirá y votará en una sesión distinta de aquélla en que sea tomada en consideración, expresamente convocada para el objeto, y consignando en el oficio de citación los términos de la propuesta. Votada la reforma por la Academia, se publicará en la sesión inmediata, imprimiéndose y comunicándose á todos los Académicos.

Madrid, 2 de Julio de 1905.

El Secretario perpetuo,

MANUEL IGLESIAS Y DÍAZ.

SUMARIO DE ESTE VOLUMEN

CONDICIONES Y PRECIOS DE SUSCRICION A ESTOS «ANALES.»

Los Anales de la Real Academia de Medicina se publican por cuadernos trimestrales, y se admiten subscripciones en el local de la Academia, calle Mayor, núm. 6, cuarto bajo, izquierda, mediante el pago adelantado de 7 pesetas, 50 céntimos, por un año, así para Madrid como para provincias y el extranjero; ó por libranza de la misma cantidad, á favor del Habilitado de la Academia, D. Pedro Gutiérrez.

Número suelto: 2 pesetas, 50 céntimos.

ANALES

DE LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA.

TOMO XXV.—CUADERNO 4.º

30 DE DICIEMBRE DE 1905

MADRID.

EST. TIP. VIUDA É HIJOS DE M. TELLO,

IMPRESOR DE CÁMARA DE S. M.

C. de San Francisco, 4.

1905.

COMISIÓN DE PUBLICACIÓN.

Excmo. é Ilmo. Sr. D. Manuel Iglesias y Díaz, *Presidente.* (San Quintín, 10, principal, izquierda.)

Sr. D. Mariano Carretero y Muriel. (Torrecilla del Leal, 14, principal.)

Excmo. é Ilmo. Sr. D. Francisco de Cortejarena y Aldebó. (Florín, 8, segundo.)

Excmo. é Ilmo. Sr. D. Angel Pulido y Fernández, *Secretario.* (Plaza de Bilbao, 1, segundo.)

ANALES

DE

LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

DICTÁMENES

APROBADOS POR LA ACADEMIA

I

De la Sección de Higiene, sobre dos obras presentadas en opción al título de Académico Corresponsal.

D. José Ignacio Cellier, Doctor en Medicina y Cirugía, Subdelegado del partido de San Fernando (Cádiz), y Correspondiente de las Reales Academias de Cádiz y Barcelona, solicita la plaza de Académico Corresponsal de nuestra Corporación; y al efecto, acompaña á su solicitud ejemplares de dos obras que ha publicado: la *Higiene de la Alimentación* y la *Higiene ante el Mefitismo*.

Por los títulos que adornan al autor de estas obras y que impresos aparecen en las portadas de las mismas, el Ponente que suscribe opina que D. José Ignacio Cellier llena cumplidamente las condiciones que el art. 11 de los Estatutos exige para el nombramiento de Académico Corresponsal, y este informe, por lo tanto, debe reducirse á decidir si las obras presentadas por el aspirante reúnen mérito bastante para abrirle las puertas de esta Academia.

La *Higiene de la Alimentación* consta de tres partes, repartidas en tres tomos de 350, 462 y 361 páginas respectivamente, con 41 grabados la primera, que aparece impresa en San Fernando en 1898; con 54 la segunda, impresa en 1899, y con 16 la tercera, en 1901.

La parte primera, después de un prólogo con la historia é importancia de la materia de que va á tratar, contiene dos capítulos de Fisiología de la nutrición; veintinueve dedicados al estudio químico y análisis de las primeras materias de nutrición (protéicas, alcoholes, hidratos de carbono y grasas), y los cuatro últimos al aire atmosférico, sus componentes y los cuerpos que le impurifican.

La parte segunda consta de cuarenta y cuatro capítulos: el primero dedicado á la ración alimenticia humana; los siete siguientes al estudio de la leche y de la lactancia; el octavo, el noveno y el décimo á los alimentos y condimentos en general, y en los restantes del tomo trata de los alimentos en particular, de sus adulteraciones y alteraciones, y de las enfermedades que de éstas pueden resultar para el hombre.

Los veintiséis capítulos que comprende la parte tercera los dedica el autor al estudio de las bebidas y de los condimentos: en el segundo, tercero, cuarto y quinto trata de las aguas potables, de sus impurezas y del modo de reconocerlas; los tres capítulos siguientes los dedica á las bebidas aromáticas, y luego estudia con mucha extensión el vino y las bebidas alcohólicas.

La *Higiene de la Alimentación*, cuyo sumario acabamos de apuntar brevemente, no tiene pretensiones científicas, sino que más bien se dirige á la práctica de los laboratorios municipales, y por esto llenan la mayor parte de sus páginas los procedimientos para reconocer los principios inmediatos y los alimentos, apreciar su valor nutritivo y denunciar sus posibles adulteraciones y sofisticaciones. Desde este punto de vista, es muy útil el libro del Dr. Cellier, y su mérito crece cuando se considera que el autor lo ha escrito reducido á sus propios recursos y falto de ambiente científico. Quizá por esto la obra tiene cierto sabor de antigüedad, que, sobre todo en el método y en la nomenclatura, recuerda la época en que estudiaba el autor.

La *Higiene ante el Mefitismo* es un opúsculo de 115 páginas, impreso en San Fernando en 1896, y en el cual el autor, en capítulos cortos y con claridad redactados, resume los hechos más conocidos acerca de los microbios infectantes, de la infección y de los agentes antisépticos. Trátase de una obrita de vulgarización científica, en la que se enseña las conclusiones y preceptos deducidos de la teoría de las infecciones, que es gloria del siglo próximo pasado.

Del juicio bibliográfico que precede, deduce el Ponente que el Dr. D. José Ignacio Cellier, que ya es Correspondiente de dos Reales Academias de provincias, merece que la nuestra le otorgue el mismo título como autor de dos obras de Higiene, la una de ellas de importancia y las dos de mérito y utilidad.

La Academia, sin embargo, acordará lo mejor.

Madrid, 17 de Junio de 1905.—J. GÓMEZ OCAÑA.

Aprobado en sesión de 18 de Junio de 1905.—*El Presidente*, G. DE LA PUERTA.—*El Secretario*, M. DE TOLOSA LATOUR.

II

De la Sección de Higiene, acerca del producto llamado Legumina y sofisticaciones del café.

Una comunicación que de Real orden dirigió el Ministerio de Hacienda al de Gobernación en 25 de Noviembre de 1903, y que por no haber sido contestada por éste reprodujo aquél en 28 de Octubre de 1904, ha dado motivo para que la Inspección general de Sanidad interior pida informe á la Real Academia de Medicina, con fecha 15 de Marzo próximo pasado, sobre el mismo asunto á que aquella Real orden se refería; y para evacuarle, ha tenido á bien la Mesa de nuestra Corporación designar á la Sección de Higiene, la que, en la sesión celebrada el día 10 del mes de Abril corriente, acordó nombrar Ponente al que suscribe.

Estudiado por éste el expediente, ha visto que con motivo de un reconocimiento practicado por funcionarios del Cuerpo de Aduanas para perseguir infracciones del Reglamento del Impuesto sobre algunas materias usadas como succedáneas del café y del té, se ha venido en conocimiento de que son tantas las substancias usadas para adulterar los mencionados géneros, que la cuestión fiscal ha quedado relegada á segundo término, ante la magnitud del daño que las sofisticaciones pueden causar á la salud pública, y también ante los perjuicios que desde luego sufren los consumidores al adquirir, tal vez á precio elevado, mercancías que solamente en la apariencia se asemejan á las que pretendían comprar. Por tales razones, y teniendo muy en cuenta que la calificación de las materias comerciales, como inocentes ó dañosas, no es de la incumbencia de los empleados de Aduanas, ni se hallan por lo común designadas con tales calificativos esas materias en los Reglamentos especiales que ellos han de conocer y aplicar, es por lo que el Ministerio de Hacienda interesó al de Gobernación, en la primera de las fechas al principio consignadas, para que por la Dirección General de Sanidad se adoptasen disposiciones que pudieran servir de garantía para la Higiene, rogándole al mismo tiempo que este Centro se sirviese declarar: si la substancia denominada *Legumina Truillet* se puede fabricar en grande escala para uso alimenticio, ó si procede limitar su circulación á las cantidades propias de las preparaciones farmacéuticas, y que manifieste su parecer respecto de otros productos que se usan para adulterar el café, el chocolate y otros géneros alimenticios, según en la comunicación de referencia se consigna.

Tal es el origen, relativamente antiguo, del expediente sometido á informe de la Sección de Higiene, acerca del cual, cumpliendo el que suscribe la misión que se le ha confiado, no cree necesario comenzar diciendo lo que es elemental, á saber: que para determinar si las adulteraciones de que se trata pueden ser ó no perjudiciales para la salud (prescindiendo de que sean lesivas para el peculio de los compradores, porque acerca de este punto no tiene competencia la Real

Academia de Medicina), es absolutamente indispensable conocer la naturaleza exacta de las materias adulterantes, acerca de cuyo extremo se dice tan sólo en la comunicación del Ministerio de Hacienda, á que se hace antes referencia, que con motivo de una visita girada en Barcelona á una fábrica de harinas industriales, se descubrió que en ella se obtenía un producto especial que, según su grado de molienda, se puede usar para imitar el *café* ó para sustituir el *cacao* en la elaboración del chocolate, producto que se ha denominado *Legumina Truillet*, y que, según declaración del autor, está compuesto de *judías*, *bellotas* y *garbanzos*, tostadas estas semillas, y á cuya mezcla se le añaden *bromuro potásico, valerianato de cafeina* y *lactato de bismuto*. Consta además en la comunicación que tiene á la vista el que suscribe, que analizada la *Legumina* en el Laboratorio químico central, se descubrió que contenía *granos, cereales* y *semillas leguminosas* (sin especificar ni aquéllas ni éstas), y que contenía, además, dos y medio por ciento de *bromuro de potasio*, pero sin que se hiciese mención de las otras sales citadas por el autor, que de haber existido en la muestra analizada, es indudable que se hubiesen caracterizado y evaluado; de modo que no hay concordancia exacta entre lo declarado por el autor y lo comprobado por el análisis, ni se hace referencia en estos datos á las proporciones de los cuerpos mezclados, con la única excepción del bromuro alcalino.

Dícese también en el expediente que, por consecuencia de otros varios incoados en el mismo Ministerio de Hacienda, se sabe de cierto que con semillas y cereales tostados se preparan los polvos denominados *Café imperial, Sémola amarga, Café Corella* y otros compuestos, y se añade que algunos *tés* y *jarabes industriales* se han encontrado sofisticados con estas substancias, manifestándose la creencia de que tal vez sean perjudiciales para la salud, pero sin que se den debidamente á conocer, ni tampoco el fundamento de la calificación que de ellas se hace.

Resultando, pues, del expediente: que se destina para la falsificación del café y del chocolate la *Legumina Truillet*, que,

según declaración del autor, es un polvo de distinto grado de molienda, compuesto de *judías, bellotas* y *garbanzos tostados*, al que se asocian *bromuro potásico, valerianato de cafeina* y *lactato de bismuto:*

Resultando que, analizada dicha *Legumina* en el Laboratorio químico central, se halló formada de *granos cereales* y *semillas leguminosas*, que no se especifican en la comunicación de referencia, y que contenía además dos y medio por ciento de bromuro potásico; pero sin que se haga allí mención de las otras sales que nombró el autor, ni se hayan tampoco determinado las proporciones de los demás componentes, por lo que no se puede aclarar la fundada duda de que se trate de cuerpos idénticos ó distintos del producto denominado *Legumina Truillet* en el mismo expediente:

Resultando que nada se dice respecto de la composición de los productos designados en él con los nombres de *Café imperial, Sémola amarga, Café Corella* y otros que no se nombran, usados (según parece) para falsificar *jarabes industriales* y *té*, por lo cual es aventurada la afirmación que allí se hace respecto de que carezcan de propiedades alimenticias y que puedan tenerlas nocivas para la salud:

Considerando que para poder apreciar con exactitud la acción que pueda ejercer la *Legumina Truillet* tomada al interior, no basta saber los ingredientes que la forman, sino que hay precisión de conocer las proporciones en que se halle cada uno, el modo como la mezcla se lleve á cabo y, *muy principalmente*, las cantidades en que se incorporen las sales alcalina, alcaloidea y metálica que el autor designó, si es que realmente forman todos estos cuerpos parte integrante del producto, ya que autoriza la duda de que esto sea exacto el resultado del análisis á que se hace referencia en el expediente:

Considerando que, no obstante estar reconocidas como substancias alimenticias el chocolate y el café, de uso frecuente, puede este uso resultar contraindicado por circunstancias individuales de los que las toman, que el médico únicamente puede apreciar con exactitud, y que esta contraindicación puede resultar más atendible cuando aquellas substancias con-

tengan otras extrañas, y, sobre todo, si las adulterantes carecen de propiedades alimenticias y las poseen terapéuticas en mayor ó menor grado:

Considerando que la fabricación de las mezclas adulterantes, hágase en grande ó en pequeña escala, y más aún su libre venta, son inadmisibles, sin que intervengan el médico y el farmacéutico, cuando aquéllas contengan cuerpos dotados de acción terapéutica, porque la libertad equivaldría entonces á autorizar el uso empírico de una medicación (más que el de una alimentación), que si alguna vez pudiera producir buenos efectos (por circunstancias casuales), con mucha mayor frecuencia los produciría perniciosos:

Considerando que no se puede autorizar el libre comercio de productos designados con nombres iguales ó muy semejantes á los que sirvan para dar á conocer substancias alimenticias, cuando aquéllos estén dotados de propiedades y composición distintas de las que tengan éstos:

Considerando, finalmente, que la libre fabricación y venta de tales substancias no se puede consentir á los comerciantes, á causa de la actividad terapéutica (enérgica ó débil) de que estén dotadas, debiendo estar reservadas para los farmacéuticos establecidos, encargados de cumplir las prescripciones que rigen para el ejercicio profesional;

El que suscribe es de parecer que desde el punto de vista sanitario (único que compete examinar á esta Real Academia), se deberá consultar á la Superioridad: que procede prohibir en general la preparación y venta libres, realícense en grande ó en pequeña escala, de todas las substancias alimenticias que contengan materias extrañas, y más principalmente si éstas pueden promover acciones terapéuticas, y que, por lo tanto, se deberán considerar comprendidas en esta prohibición las que se citan taxativamente en las Reales órdenes del Ministerio de Hacienda de 25 de Noviembre de 1903 y 26 de Octubre de 1904, y en la comunicación de la Inspección general de Sanidad interior de 15 de Marzo del año corriente, que han sido estudiadas por el que suscribe; cuya opinión personal se complace en someter al criterio más ilustrado de la Sección, á fin

de que, si fuese por ésta aceptado, se digne elevarle á la consideración de la Academia.

Madrid, 12 de Abril de 1905.—*El Ponente,* JULIÁN CASAÑA.

Aprobado por la Sección el día 17 de Abril de 1905.—*El Presidente,* G. DE LA PUERTA.—*El Secretario,* MANUEL DE TOLOSA LATOUR.

III

De la Sección de Medicina, referente á una Memoria presentada en opción al título de Corresponsal.

Remitido á esta Real Academia un trabajo inédito, con el epígrafe de *Valor clínico de la análisis química en las gastropatías*, por el Sr. D. José González Campo, la Sección de Medicina de la misma, cumplimentando lo prevenido en el art. 11 de los Estatutos y cap. II del Reglamento de la Corporación, emite el siguiente informe:

La citada Memoria consta de 83 páginas, contenidas en cuartillas de tamaño corriente, escritas por ambas páginas, teniendo cada una de éstas, de 11 á 12 líneas de letra clara, grande y desenvuelta; y comprendiendo, más bien que artículos, lo que con mayor propiedad se llamaría siete incisos, por su corta extensión, la mutua independencia de asunto en cada uno de ellos desarrollado y estar entre sí separados por un simple guión.

En el primero se expresa que la inusitada actividad con que se ha enriquecido el caudal de los conocimientos de la Ciencia, impone la necesidad de la especialización en el estudio y práctica de la Patología, aunque siempre conceptuando á aquélla en el sentido en que la define Letamendi: «Especialidad médica no es sino la aplicación de toda la Medicina á un ramo particular de su práctica.»

En el segundo, después de una sucinta enumeración de las ventajas que para el diagnóstico reporta la análisis química de los líquidos del organismo, se hace mención de los procedi-

mientos que se han sucedido para el estudio del jugo gástrico, cuyo captado, mediante la sonda blanda esofágica, inauguró la contemporánea determinación de las alteraciones cuantitativas y cualitativas de la secreción estomacal, proporcionando así el medio de reconocer ciertas gastropatías.

El tercero estudia las condiciones determinantes de la secreción del jugo gástrico, y la influencia que sobre éstas ejercen los distintos «almuerzos de prueba.»

En el cuarto, fundándose en la discordancia existente para fijar con invariable exactitud la cifra representativa del tanto por ciento de ácido clorhídrico libre, contenido en el estómago en el estado fisiológico, y demostrada esta disconformidad por varios hechos de observación personal, se niega validez á la cifra de acidez, para expresar por sí sola la existencia de una gastropatía. En la hiperclorhidria simple, la perturbación del quimismo gástrico carece de la virtualidad patogénica, que casi universalmente se le atribuye, debiendo, á juicio del autor, conferirse ésta á la hiperestesia de la mucosa estomacal; teoría que, aunque coincide con la sustentada por Sansoni, era para él desconocida, como lo evidencia la simultaneidad de fechas con que fueron publicados los trabajos de ambos. Declara también, que no conocía los estudios con anterioridad publicados por Verhaegen en defensa de idéntica idea. A continuación manifiesta que, á pesar de la muy restringida importancia que debe concederse á la clorhidria, por exacerbada que aparezca, la investigación por el cateterismo gástrico proporciona innegables servicios clínicos, porque exterioriza el estado de la motilidad del estómago, la presencia de elementos extraños á la composición normal de su contenido, y el grado que alcanza el proceso digestivo de los alimentos ingeridos. Por último, dedica someras consideraciones para establecer lo falaz del carácter patognomónico de la existencia del ácido láctico en un jugo gástrico aclorhídrico, como signo diagnóstico de la neoplasia epitelial del estómago.

El quinto se destina para manifestar, que la función química del estómago está dominada, en particular desde el punto de vista del pronóstico, por la función motora, según acreditan

los resultados obtenidos por las operaciones de gastro-enterostomía y gastrectomía, que con éxito realiza la Cirugía moderna; y termina con la conclusión de que, no pidiendo á la análisis química más de lo que puede dar, no se pretenda cimentar sólo sobre ella los caracteres típicos, que han de conducir al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las gastropatías.

En el sexto se asevera, que el exclusivo dato de la análisis cuantitativa y cualitativa no puede servir de guía directriz para la institución de la oportuna y conveniente terapéutica, y únicamente relacionándola con los otros factores del conjunto sindrómico, adquiere la importancia clínica que le corresponde.

El séptimo se dedica á la bibliografía, que sólo contiene 17 epígrafes, correspondientes á los trabajos de los autores aludidos en el texto, y cuatro de aquéllos pertenecen á publicaciones del sustentante.

Tal es la Memoria presentada por el Sr. González Campo. Y de su atento estudio se infiere, que el autor posee sólido dominio en el asunto de que se ocupa; y no obstante la compendiada manera con que lo desarrolla, y el exagerado exclusivismo que concede á la hiperestesia de la mucosa gástrica en la patogénesis de la dispepsia hiperclorhídrica, sus demás conclusiones teóricas se hermanan bien con los hechos de observación; demostrando con ello que la redacción de su trabajo ha sido inspirada, más que en el prolijo registro de los libros, en la observación clínica y en la exploración analítica, circunstancia que le imprime cierto sello de originalidad, y lo coloca dentro de las condiciones exigidas por el art. 11 de los Estatutos, y por el mérito de ella, acreedor al nombramiento de Académico Corresponsal de esta Corporación, á que aspira. Por tanto, esta Sección somete al elevado criterio de la Real Academia su dictamen, de conceptuar al autor de dicha Memoria digno de tal distinción.

Madrid, 8 de Junio de 1901.—*El Ponente*, Dr. Rodríguez y Abaytua.—*El Presidente*, M. Iglesias.—*El Secretario*, Federico Olóriz.

IV

De la Sección de Cirugía, en expediente por accidente del trabajo.

Esta Sección ha recibido un expediente de reclamación de jornales y coste de asistencia facultativa por parte del obrero albañil, N. N. N., de veintiún años de edad, habitante en....., contra el dueño de la casa sita en....., donde, según refiere dicho obrero, subiendo el día 5 de Octubre último un camón de ladrillo, sintió un agudo dolor en la ingle izquierda, que le dificultaba mucho el trabajo, habiéndole obligado á retirarse definitivamente á media tarde el día 11, y á presentarse, previo aviso al patrono, en la Casa de Socorro sucursal del distrito de N.

Resulta favorecida la exigencia de dicho trabajador por una certificación de D. N. N. N., declarando que, sometido al examen radioscópico, revelaba una adenitis en la ingle izquierda, que le impide dedicarse á su ocupación habitual de albañil.

También consigna este documento, que el referido obrero ha estado sometido al tratamiento de los efluvios eléctricos, pronosticando que tardaría en curarse de quince á veinte días. La certificación lleva la fecha del 31 de Octubre, y la asistencia alegada hubo de comenzar el mismo día 11, de la cesación en el trabajo.

En cambio, aparece menos favorable la certificación de Don N. N. y N., que habiendo reconocido al mencionado N. también el día 11 en la Casa de Socorro, le observó un infarto ganglionar en la ingle izquierda, que no parecía de causa traumática.

A mayor abundamiento, certifica ya en contra de las pretensiones del obrero, D. N. N. y N., Médico de la Sección de Accidentes del trabajo de la Asociación de Propietarios, consignando el 7 del actual, que la adenitis en cuestión ha podido ser originada por diversas causas; pero nunca por el esfuerzo

muscular que el trabajo requiere, no habiendo podido apreciar la existencia de hernia de ninguna clase, y siendo la lesión de pronóstico leve.

La disparidad entre los documentos aducidos, lo reciente de la lesión y la residencia del obrero reclamante parecían exigir un reconocimiento personal del mismo; pero

Considerando que aun bajo la buena fe del obrero, desde luego supuesta, al declarar que el dolor inguinal sobrevino súbitamente en uno de los momentos de trabajo más penoso, lo cual abona el reconocimiento de la lesión como producida por un accidente de los amparados en la Ley, el trabajo era ordinario, cuotidiano, habitual en el obrero y desprovisto de toda novedad exterior imprevista, de suerte que la causa de la adenitis resulta más espontánea de predisposición orgánica que traumática; y

Considerando que si á los seis días de haberse revelado la lesión, el Médico de la Casa de Socorro hubo de calificarla de no traumática, un nuevo reconocimiento de los ganglios infartados, á los cuarenta días de haberse iniciado el proceso, menos fácilmente había de encontrar huella traumática suficiente para incluir el caso entre los accidentes legislados:

La Sección opina, que el citado obrero es un enfermo de adenitis, digno de compasión y de socorro voluntario; pero que no parece amparado por la Ley de Accidentes del trabajo, de 30 de Enero de 1900.

Madrid, 23 de Noviembre de 1905.—*El Ponente*, Alejandro San Martín.

Aprobado por la Sección.—*El Presidente*, Francisco de Cortejarena.—*El Secretario*, A. Cospedal Tomé.

V

De la primera Comisión de Medicina forense, en causa por lesiones graves.

El señor Juez de instrucción de..... remite á la Academia testimonio de varias declaraciones facultativas prestadas en la causa que sigue por lesiones graves á N. N. N., que fué atropellado por un tranvía en..... el día 16 de Mayo de 1903, á fin de que la Academia informe si dicho sujeto «puede encontrarse ó no completamente curado de las lesiones que le fueron causadas en la fecha indicada, y caso afirmativo, desde qué día.»

Del testimonio, compuesto de nueve folios, resulta:

Que en 24 de Febrero de..... declararon los Médicos forenses D. N. N. N. y D. N. N. N. que habían reconocido á N. N. N., cuyo estado general era satisfactorio, y que la herida dimanante de la amputación de los cuatro dedos del pie izquierdo se hallaba sin cicatrizar por completo, lo cual era debido, indudablemente, á la falta de tratamiento y al ejercicio que hacía continuamente el lesionado; por lo que, teniendo en cuenta que no necesitaba asistencia facultativa, le conceptuaban curado, habiéndole quedado la deformidad consiguiente á la falta de la pierna derecha y á los cuatro dedos del pie izquierdo, impidiéndole para la progresión de toda clase de trabajos. Ha necesitado asistencia facultativa hasta la fecha de la declaración, en que se le da la sanidad á los efectos legales, con la deformidad consiguiente ya indicada:

Resultando que pedido nuevo reconocimiento de N. N., declararon, en 22 de Septiembre de....., los Médicos forenses D. N. N. N. y D. N. N. N., que habían vuelto á reconocer á N. N., el cual presentaba la herida resultante de la caída de los cuatro dedos del pie izquierdo cicatrizada casi por completo, sin necesidad de asistencia facultativa; encontrándose dicho sujeto en estado satisfactorio, sin dolores ni molestia al-

guna; y como para la pequeña herida que todavía falta por cicatrizar no necesita asistencia facultativa, lo consideran curado legalmente, como lo estaba en la época que se le dió la sanidad:

Resultando que solicitado por el Procurador del lesionado que éste fuera reconocido por los Profesores de las Clínicas de..... ó por los del Hospital de....., y que informara después esta Real Academia, á lo que accedió el Juzgado; y en su virtud, declaró D. N. N. y N. (26 de Mayo de 1905), manifestando que durante la guardia que hizo en el Hospital de..... del día 16 al 17 de Mayo de....., ingresó en dicho Hospital N. N. N. con fractura conminuta de la tibia y del peroné supramaleolar, dislaceración y aplastamiento de todos los tejidos blandos de la región tarso-tarsiana y fractura de los metatarsianos, que obligó á practicar la amputación inmediata de la pierna por su tercio superior; que además el citado sujeto tenía heridos y aplastados los cuatro primeros dedos, que se fueron desprendiendo durante la estancia en el citado Hospital, hasta que el día 28 de Julio de..... se le dió el alta por alivio y no por curación, debido á que la cutificación no había terminado, y que como con posterioridad á la salida del Hospital no ha vuelto á ver á dicho individuo, nada puede decir si éste se encuentra ó no curado de las lesiones descritas:

Resultando que esta Comisión, después de examinar el testimonio recibido, acordó que era necesario reconocer al lesionado para evacuar el informe que se la pide; y, por último,

Resultando que en 19 de Octubre fué reconocido por la Comisión, en el local de la Academia, N. N. N., apreciando que el muñón resultante de la amputación de la pierna derecha estaba perfectamente, con completa y sólida cicatriz; que faltaban los dedos del pie izquierdo, hallándose también cicatrizada la herida, quedando sólo en la extremidad anterior del pie, entre el primero y segundo metatarsiano, una pequeña excoriación, en forma de grieta, que suministra corta cantidad de líquido seroso; que el sujeto no tiene dolores, pudiendo sentar el pie en el suelo y siendo regular su estado general, quedando la deformidad consiguiente á la falta de la pierna derecha y

de los dedos del pie izquierdo, y que puede caminar con el apoyo de una muleta:

Considerando que está cicatrizada la herida resultante de la amputación de la pierna derecha, así como la del pie izquierdo, quedando sólo en esta última una pequeña excoriación, que da escasa cantidad de líquido seroso:

Considerando que la pequeña excoriación puede estar sostenida porque los dedos del pie izquierdo, heridos y contusos en alto grado, fueron desprendiéndose, dejando una herida irregular, que ocasionó retracción consecutiva de los tejidos blandos:

Considerando que el sujeto no emplea medio alguno que proteja la citada excoriación del roce con el zapato cuando efectúa la marcha, pues por toda cura sólo se aplica un pequeño trozo de algodón común; manifestando que su estado de pobreza no le permite otra clase de curación, y, por tanto, que el roce del calzado impide que cicatrice la excoriación:

Considerando que N. N. N. no tiene en la actualidad dolores ni se queja de molestia alguna en los sitios en que sufrió las lesiones, pudiendo sentar el pie en el suelo y caminar apoyado en una muleta; que su estado general es regular, y que no necesita asistencia facultativa, quedándole únicamente la deformidad producida por la falta de la pierna derecha y de los dedos del pie izquierdo;

La primera Comisión de Medicina forense entiende:

1.° Que N. N. N. está completamente curado, en sentido legal, de las lesiones que sufrió, con la deformidad consiguiente á la falta de la pierna derecha y de los dedos del pie izquierdo; y

2.° Que no puede fijarse la fecha de la curación, siendo probable que date desde la declaración de sanidad que dieron los Médicos forenses.

La Academia resolverá.

Madrid, 25 de Octubre de 1905.—*El Presidente y Ponente*, Mariano Carretero y Muriel.

Aprobado por la Comisión en 4 de Noviembre de 1905.—*El Secretario*, Angel F. Caro.

VI

De la segunda Comisión de Medicina forense, en expediente por accidente del trabajo.

Esta Comisión ha recibido del Gobierno civil de..... un expediente de reclamación del obrero pintor N. N. y N. contra su patrono D. N. N. N., sobre pago de asistencia médica, jornales de enfermedad é indemnización por haberse incapacitado para el oficio.

De las dos certificaciones facultativas contradictorias que motivan la consulta á la Academia, la de D. N. N. N., Médico del obrero, consigna que éste se halla en la plenitud de su vida (treinta y cinco años), observa una conducta ordenada, no tiene antecedentes patológicos hereditarios ni personales, lleva once años trabajando en pintura de brocha y padeció las primeras molestias saturninas á principios del año actual. El 29 de Junio sufrió un fuerte cólico de plomo que le duró algunos días, con una recaída intensa al siguiente mes, que hubo de curarse paulatinamente. El 10 de Octubre último dicho facultativo certifica que el obrero N. «ofrece típico cerquillo gingival de Burton, sensibilidad dolorosa á la presión epigástrica, vientre retraído, vómitos algunas mañanas, astricción de vientre, alternando á veces con deposiciones mucosas, siempre con gran trabajo efectuadas; anorexia, vértigos, temblores parciales, atrofia muscular, anemia y tinte grisáceo de la piel;» es decir, una intoxicación saturnina crónica, por cuya razón considera á dicho trabajador incapacitado para su oficio.

A su vez, D. N. N. N., Médico enviado por el patrono, certifica en la misma fecha, el 10 de Octubre último, que el obrero N. está curado del cólico saturnino, y sin ninguna de las lesiones que de una manera clara y terminante son sintomáticas de la enfermedad que alega padecer, correspondiendo, en cambio, las alteraciones que en él se observan (infartos ganglionares, cervicales, inguinales, exóstosis de las crestas de las

tibias) á las infecciones específicas, y que, por lo tanto, nada tienen que ver ni demuestran el padecimiento alegado; y en su consecuencia, no existen los motivos necesarios para declarar la inutilidad parcial que alega dicho N. N.

Ante disparidad tan escandalosa entre ambas certificaciones facultativas, parece que la Academia debería procurar un reconocimiento del obrero en cuestión; pero

Considerando que la intoxicación saturnina en este caso, tal como aparece descrita en las dos certificaciones discordantes, no constituye un accidente de trabajo, sino un caso de enfermedad profesional, como la sordera de los artilleros, trababajadores en forjas, caldererías, mecánicos, toneleros, etc., etc., que se produce, no brusca é inesperadamente, sino por la acción lenta de la causa: y

Considerando que el apartado 5.° del art. 3.° de la Ley de Accidentes del trabajo de 30 de Enero de 1900, al incluir entre las industrias ó trabajos que dan lugar á responsabilidad del patrono, los establecimientos donde se producen ó se emplean industrialmente materias explosivas ó inflamables, insalubres ó tóxicas, no puede comprender todos los efectos insanos de dichas estancias ó labores, sino la posibilidad de que figuren como factores ó complicaciones de accidentes imprevistos y repentinos, como son los que hasta la fecha quedan bajo el amparo legal;

La Comisión opina, sin más averiguaciones, que el obrero N. N. no tiene por ahora derecho alguno derivado de la expresada Ley de Accidentes del trabajo, debiendo por su parte, así como el patrono por la suya, evitar en adelante intoxicaciones parecidas con precauciones higiénicas bien conocidas y que cualquier facultativo podría aconsejarles, mientras el Estado no satisface la humanitaria necesidad de completar la obra de la Ley sobre Accidentes del trabajo con otra que ampare también al obrero de las enfermedades contraídas en las labores insalubres, rebeldes á las cautelas de la higiene, ó que las exijan de muy difícil aplicación al trabajo diario.

Madrid, 13 de Noviembre de 1905.—*El Presidente,* Alejandro San Martín.—*El Secretario,* Nicolás R. y Abaytua.

VII

De la Sección de Cirugía, en expediente sobre accidente del trabajo.

Se ha recibido en esta Sección un expediente de reclamación por accidente del trabajo, á favor del obrero N. N. N., de cuyos documentos presentados resulta:

1.° Que el 11 de Mayo último sufrió, por caída durante su trabajo de albañil en una obra de....., una fractura de tibia y peroné en el tercio inferior de la pierna, sin complicaciones ostensibles.

2.° Que «se presentó en el Gabinete médico de....., acompañado de N. N. y N. N.; y reconocido que fué, se le observó fractura completa de la tibia y peroné izquierdos por su tercio inferior. La lesión descrita es de pronóstico grave.» (Certificación del Médico D. N. N.)

3,° Que fué trasladado el día 13 al Hospital de....., de donde salió el 18 de Junio siguiente, sin que el expediente contenga certificación de esta asistencia.

4.° Que el 20 de Septiembre aparece, en documento expedido por el Gobierno civil, resignado con habérsele admitido de nuevo al trabajo por el mismo patrono, previo el abono de los medios jornales obligatorios por la Ley y pago de servicios facultativos.

5.° Que en 20 de Octubre, otro documento del mismo Gobierno civil presenta al citado obrero, protestando contra el patrono, por no habérsele asistido en sala de pago del Hospital de....., y por no haber encontrado alivio después del alta en este benéfico establecimiento, á causa de la falta de asistencia.

6.° Que, según certificación de D. N. N. N., el obrero N. N. fué sometido al examen radioscópico, por el cual se pudo observar el 16 de Septiembre, «una fractura de tibia y peroné, cuyos fragmentos están perfectamente coaptados. Además, se observa una gran debilidad en la pierna lesionada, pudiendo

afirmarse que no ha recobrado la normalidad completa en el funcionamiento, y, por consecuencia, el interesado no puede dedicarse sino á trabajos muy ligeros en su oficio de albañil, necesitando quince días de corrientes eléctricas para su completo restablecimiento.»

7.° Que el Médico D. N. N. y N., en certificación de 26 de Octubre, «encuentra dicha fractura consolidada, pero sin la debida coaptación de los fragmentos de la tibia, dando lugar á que la parte anterior del fragmento superior, de forma aguda, forme relieve y obre á manera de cuña sobre los tejidos blandos, situados por delante, ofendiéndolos y ocasionando dolor en los movimientos; siendo por esta causa de *impedimento parcial* para dedicarse á los trabajos propios de su oficio.»

8.° Que, finalmente, según D. N. N. y N., en 31 de Octubre los consabidos fragmentos «se hallan completamente coaptados, y, por el estado actual, el obrero en cuestión puede dedicarse á sus ocupaciones habituales de trabajo.»

Así las cosas, el 1.° del corriente esta Sección reconoció al obrero N. N., apreciando unánimemente que la fractura de la tibia, aun con una dislocación lateral de los fragmentos evaluable en unos dos milímetros, podía por la inspección calificarse como bastante bien consolidada; que la pierna en totalidad aparecía en estado normal y con acortamiento apenas apreciable, y que la articulación tibio-peroneo-tarsiana, tan frecuentemente adolecida de rigidez en tales casos, ejerce todos sus movimientos con plena libertad.

Solamente el interesado se queja de dolor á los esfuerzos del trabajo por largo tiempo sostenido, sin que á la presión en el callo fueran intensos en el acto del reconocimiento; y como el hábito exterior y la manera de expresarse denotaban en este sujeto un neurosismo muy exaltado, no puede negarse en absoluto que el oficio de albañil le resulte en algunas actitudes prolongadas, ó en algunos movimientos intensos, penoso hasta el punto de incapacitarle temporalmente.

En consecuencia, la Sección no se decide á calificar la aptitud funcional de la pierna izquierda del obrero N. N., porque la Ciencia carece todavía de un estesiómetro que mida el dolor

del trabajo ó del esfuerzo.—*El Ponente*, ALEJANDRO SAN MARTÍN.

Aprobado por la Sección en 7 de Diciembre de 1905.—*El Presidente*, FRANCISCO DE CORTEJARENA.—*El Secretario*, A. COSPEDAL TOMÉ.

VIII

De la Sección de Cirugía, en expediente por accidente del trabajo.

El Gobierno civil de la provincia de..... remite á la Academia un expediente para que emita el dictamen definitivo respecto á la incapacidad del obrero N. N. N.

La Sección de Cirugía ha estudiado este expediente y reconocido al obrero, y propone el siguiente dictamen:

Resultando que N. N. N. estando trabajando de ayudante de pintor en la obra de una tienda-carnicería en la calle de..... el día 12 de Septiembre del corriente año, sufrió un accidente del trabajo por virtud del cual, y según dice, quedó impedido de la mano izquierda:

Resultando que N. N., de cincuenta y seis años, sufrió el día 12 de Septiembre último una caída desde una escalera, produciéndose una herida dislacerante en la región palmar de la mano izquierda, que interesó los tejidos blandos de dicha región, y en su cicatrización ha tardado hasta el 30 de Octubre inmediato, quedando la mano imperfecta, con contracción tendinosa bien manifiesta, que aun sufriendo una operación quirúrgica quedará imposibilitado para el trabajo, según certifica el Dr. D. N. N.:

Resultando que, por certificación de D. N. N. y N., Médico de la Beneficencia municipal de....., ha quedado al obrero N. flexión de los dedos sobre la palma de la mano izquierda á consecuencia de la retracción cicatricial, cuyo defecto es subsanable con una pequeña operación, acompañada de ingerto epidémico, operación sencilla y exenta de todo peligro que puede realizarse tan pronto como acuda á ella el interesado:

Considerando que, hecho el examen de la mano izquierda del interesado por la Sección, se comprueba claramente la imposibilidad de la extensión completa de los dedos por impedirlo una cicatriz retráctil que comprende casi toda la extensión vertical de la palma de la mano, que tira fuertemente de los dedos, y que además contribuye á aumentar la dificultad la pérdida de la flexibilidad natural de las articulaciones digitales:

Considerando que si bien es cierto que pudiera intentarse una operación quirúrgica de no fácil ejecución y sin peligro probable para la vida del enfermo, la práctica tiene demostrado que el resultado beneficioso de estas operaciones es muy problemático y en ocasiones más bien perjudicial, y sólo con estas prevenciones pudiera intentarse una intervención quirúrgica;

La Sección estima que el obrero N. N. N. no puede utilizar su mano izquierda para determinados ejercicios mecánicos, sin que esto constituya más que inutilidad relativa, por ser una sola extremidad la afectada y tratarse de la mano izquierda, pudiendo utilizar libremente la derecha.

La Academia resolverá, sin embargo, lo más conveniente.

Madrid, 7 de Diciembre de 1905.—*El Ponente,* FRANCISCO DE CORTEJARENA.

Aprobado por la Sección.—*El Presidente,* CORTEJARENA.—*El Secretario,* A. COSPEDAL TOMÉ.

IX

De la Comisión de Socorros Rubio, en el concurso de 1903.

Han solicitado estos Socorros cinco señoras, las cuales, con documentación adecuada, han acreditado los merecimientos siguientes respectivos:

1.º Doña Elisa Merás, viuda de D. Manuel Guijarro, Profesor que murió de *grippe* en 1890, habiendo prestado su asis-

tencia en los dos Carabancheles, alto y bajo, sucesivamente, con dotación de 1.250 y 1.000 pesetas, y durante cinco y once años respectivamente.

2.º Doña Manuela Vélez, viuda de D. Antonio Pujó, con tres hijas; habiendo asistido su esposo á varias epidemias y merecido la cruz de Beneficencia de segunda clase. Ejerció en Quintanilla de Somuñó (Burgos), de 375 habitantes, con 50 pesetas de titular y 1.500 de igualas, durante once años.

3.º Doña Leocadia Preta de la Rubia, viuda de D. Julio Hernández, con cinco hijos y madre anciana, cuyo esposo asistió á varias epidemias y ejerció en Aznaga (Badajoz), población de 9.834 habitantes, con dotación desconocida y durante veintidós años.

4.º Doña Josefa Irnozun, viuda de D. Modesto Ilarri Benedito, hija de Médico, con cinco hijos, uno con coxalgia, cuyo padre ejerció en Mélida, Cascante y Carcastrillo, de 827, 3.979 y 827 habitantes respectivamente, con 1.000 pesetas de titular y 2.500 de igualas, habiendo ejercido durante nueve años en total.

Y 5.º Doña Carolina Mir y Ortega, viuda de D. Miguel Blasco, quien asistió á una epidemia de cólera, y tuvo que retirarse de la profesión por enfermo, habiendo ejercido en Formiche Alto, de 495 habitantes; Formiche Bajo, de 405; Celadas, de 779, y Villalva, de 291, con 2.500, 2.625 y 511 pesetas, por tiempo de tres años, dos y medio y uno respectivamente.

Considerando que los socorros, reducidos á 600 pesetas cada uno, se deben otorgar, según disposición testamentaria, á viudas ó hijas mayores solteras de dos médicos rurales, que hayan ejercido su profesión en España por más de tres años, de una manera honrosa y recomendable, en las más pequeñas poblaciones y con las más cortas remuneraciones, prefiriendo á las de aquéllos que hayan sido víctimas de alguna epidemia:

Considerando que de las cinco solicitantes, solamente una alega y acredita ser viuda de Médico fallecido en tiempo de epidemia, y por la enfermedad que la producía, Doña Elisa Merás, cuyo esposo falleció de *grippe* en 1890:

Considerando que después de esta razón de preferencia, se determina la de los que hayan asistido en poblaciones de menor vecindario y con la menor remuneración, y que bajo este aspecto merece figurar en primer lugar Doña Manuela Vélez, cuyo esposo practicó en Quintanilla de Somuñó, de 375 habitantes y con retribución de 50 pesetas por titular y 1.500 de igualas durante once años;

La Comisión que suscribe tiene el honor de proponer á la Academia, que los socorros correspondientes al bienio actual se concedan á las señoras Doña Elisa Merás, viuda de D. Manuel Guijarro, y Doña Manuela Vélez, viuda de D. Antonio Pujó.

La Academia, sin embargo, resolverá lo que, con su mayor ilustración y acierto, estime ser más conveniente y justo.

Madrid, 23 de Octubre de 1903.—MARIANO CARRETERO Y MURIEL, *Presidente*.—ANGEL PULIDO, *Ponente*.—FRANCISCO DE CORTEJARENA.—JUAN R. GÓMEZ PAMO, *Secretario*.

DISPOSICIONES OFICIALES

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

REALES ÓRDENES

EXCMO. SEÑOR: Vistos los Estatutos de esa Real Academia de Medicina y las vigentes Ordenanzas de Farmacia, S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien aprobar la séptima edición de la *Farmacopea Oficial Española*, redactada por la Comisión permanente del mismo nombre de esa Real Academia, y remitida por V. E. con su comunicación de 20 del corriente; quedando muy satisfecho del celo é inteligencia con que la Comisión ha desempeñado tan importante trabajo, y encargando á ese Cuerpo que proceda á su publicación y expendición.

Es asimismo la voluntad de S. M., que la mencionada edición de la *Farmacopea Española* rija desde luego oficialmente, para la práctica de la Medicina y de la Farmacia, en toda la extensión de la Monarquía, y que sea obligatoria su adquisición á todos los Farmacéuticos en ejercicio, en fiel observancia á lo preceptuado en el art. 41 de las Ordenanzas de Farmacia.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 21 de Junio de 1905.—AUGUSTO GONZÁLEZ BESADA.—Excmo. Señor Presidente de la Real Academia de Medicina.

El Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación me comunica con esta fecha la Real orden siguiente:

«ILMO. SEÑOR: S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido aprobar el *Petitorio y Tarifa Farmacéuticos Oficiales*, redactados é im-

presos por la Real Academia de Medicina, en armonía con la séptima edición de la *Farmacopea Española*, en virtud de lo dispuesto en los Estatutos de dicha Corporación y en los artículos 30 y 32 de las vigentes Ordenanzas de Farmacia; siendo la voluntad de S. M. que los indicados trabajos se publiquen á la posible brevedad, y que sea obligatoria su adquisición y observancia para todos los Farmacéuticos en ejercicio, en cumplimiento de lo prevenido en el art. 41 de las mencionadas Ordenanzas.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos.»

Lo que traslado á V. E. para iguales fines. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 20 de Julio de 1905.—*El Inspector general,* Eloy Bejarano.—Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina.

ÍNDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE TOMO

ACTAS DE SESIONES PÚBLICAS

Páginas.

DICTÁMENES DE SECCIONES Y COMISIONES

ESCRITOS LEIDOS EN SESIONES LITERARIAS Y MEMORIAS

Páginas.

DISPOSICIONES OFICIALES

SUMARIO DE ESTE CUADERNO